

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ANA CAROLINA JÚLIO

PARA ALÉM DO PARTO:
A Manutenção-Mudança das Práticas Obstétricas

VITÓRIA

2019

ANA CAROLINA JÚLIO

PARA ALÉM DO PARTO:

A Manutenção-Mudança das Práticas Obstétricas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Administração.

Orientador: Prof. Dr. César Tureta

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Bispo

VITÓRIA

2019

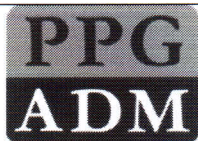
Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

- J94p Júlio, Ana Carolina, 1983-
 Para além do parto : a manutenção-mudança das práticas
 obstétricas / Ana Carolina Júlio. - 2019.
 142 f. : il.
- Orientador: César Tureta.
 Coorientador: Marcelo Bispo.
 Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal
 do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.
1. Práticas Sociais. 2. Mudança Organizacional. 3. Processos
 Organizativos. 4. Parto Humanizado. 5. Gestão Hospitalar. 6.
 Maternidade. I. Tureta, César. II. Bispo, Marcelo. III.
 Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
 Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 65



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO



Programa de
Pós- Graduação
em Administração
UFES
Mestrado e Doutorado

Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas
Programa de Pós - Graduação em Administração
Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus
Universitário - Goiabeiras
CEP. 290075.910-ES-Brasil-Telefax (27)
3335.7712
E-Mail ppgadm@gmail.com
www.ppgadm.ufes.br

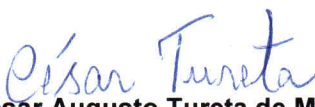
“Para Além do Parto: a Manutenção-Mudança das Práticas Obstétricas”

Ana Carolina Júlio da Silva Andrade


*Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Administração da Universidade
Federal do Espírito Santo como requisito
parcial para obtenção do Grau de Doutor
em Administração.*

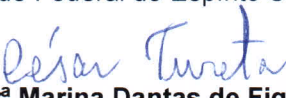
Aprovada em: 24/04/2019

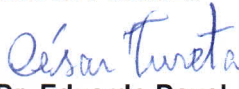
COMISSÃO EXAMINADORA


Professor Dr. César Augusto Tureta de Moraes
Universidade Federal do Espírito Santo


Professor Dr. Alfredo Rodrigues Leite da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo


Professora Dr^a Leticia Dias Fantinel
Universidade Federal do Espírito Santo

p/ 
Professora Dr^a Marina Dantas de Figueiredo
Universidade de Fortaleza

p/ 
Professor Dr. Eduardo Davel
Universidade Federal da Bahia

Aos meus avós maternos, Celsa e Evaristo Júlio (ambos *in memoriam*),
que me ensinaram que a maternidade e a paternidade estão “para além do parto”.

Aos meus pais, Yolanda e Vitor, pela oportunidade da vida.

Ao meu marido André e à minha filha Amanda,
que compartilham comigo, “na pele e na alma”, as muitas facetas da maternidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela gestação tranquila que me possibilitou continuar com a rotina acadêmica (já que, durante a primeira etapa desta pesquisa e na qualificação do projeto de tese, eu estava grávida da Amanda!)... Mas não o agradeço “apenas” por isso: afinal, “viver é um eterno caminhar, mas melhor que chegar...” é caminhar o caminho junto e aprender com os passos dados. Dessa forma, também agradeço a Deus pelo amparo durante a caminhada que me trouxe até aqui e, especialmente, pelas pessoas que estiveram comigo.

Muitas dessas pessoas estão na minha vida “desde sempre”, algumas já há algum tempo e outras são “recém chegadas” (literalmente!).

Agradeço à minha família, aos meus pais Yolanda e Vitor, e ao meu irmão Vitinho. “Desde sempre” soube que podia contar com todos vocês, nesta e em outras “gestações” e “partos” (acadêmicos ou não). Amo muito vocês!

Agradeço ao meu marido André: obrigada por ser minha “dupla de dois”. Se no mestrado você já se fez presente, no doutorado presenciei sua transformação de “observador carnavalesco” para “papai participante”. Te amo, muito!

Agradeço ao meu orientador César, especialmente pela liberdade intelectual. Obrigada por aceitar conhecer um novo “universo”! Agradeço ao meu coorientador Marcelo, sobretudo por me estimular a “pensar fora da caixa” - lendo Heidegger e (re)lendo clássicos como Berger e Luckmann, por exemplo. Assim como o César e o Marcelo, os professores Letícia e Alfredo (presentes nas bancas de qualificação e de defesa desta tese) também me acompanham desde o mestrado. Letícia, obrigada pelas inúmeras “conversas etnográficas”. Alfredo, obrigada pelas “articulações” sempre densas e pertinentes. Vocês quatro me inspiram a seguir nesta caminhada acadêmica! Finalmente, aos colegas do PPGAdm da UFES, meu muito obrigada!

Durante esta pesquisa e minha gestação, tive a oportunidade de conhecer pessoas especiais, que trabalham em prol do parto humanizado, do respeito às gestantes e

aos bebês que estão chegando. Gostaria de agradecer a duas dessas pessoas, que me acompanharam mais de perto e que (assim como o André e a minha mãe) estiveram comigo durante o nascimento da Amandinha. Paulo e Patrícia: obrigada não apenas pelo profissionalismo, mas principalmente pelo carinho e pela atenção comigo enquanto “gestante/mãe-pesquisadora”.

Quanto aos "recém chegados", agradeço com muito amor à minha filha Amanda. Que esperou a mamãe qualificar, para só depois nascer. Que permitiu que eu vivenciasse a experiência mais intensa da minha vida: o parto! Que me fez/faz incorporar (literalmente!) as práticas maternas. E que na reta final desta tese passou a dormir (quase) a noite toda. Amadinha, mamãe te ama infinito!

Também agradeço às inúmeras mulheres, mães, gestantes, doulas, pais, obstetras, enfermeiras, residentes, internos e gestores por me apresentarem o "universo do parto". Tenham certeza que aprendi muito com vocês!

Por fim, agradeço à CAPES por financiar meus estudos durante o doutorado e, consequentemente, esta tese.

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”.

Michel Odent

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar,
mas para transformá-lo;
se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo,
devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia,
mas participar de práticas com ela coerentes”

Paulo Freire

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar como a organização do fazer obstétrico motiva os praticantes a (não) optar pelo parto humanizado, contribuindo para a manutenção e/ou a mudança das práticas obstétricas. Para tal, utilizei a ontoepistemologia da prática segundo Schatzki e conduzi um Estudo Baseado em Prática em uma maternidade pública. Entendo que o parto se revela como a intersecção de pelo menos três práticas: práticas médicas, maternas/paternas e de gestão da saúde. É nesse encontro de práticas que vemos emergir no país um movimento social em prol da mudança das práticas, da humanização do parto/nascimento, sendo um de seus objetivos reduzir a alta incidência de cesáreas. Meu argumento de tese é que manutenção e mudança constituem um único processo de “manutenção-mudança”; o que enfatiza a relação recursiva desses fenômenos. A primeira contribuição teórica desta tese é a análise explícita e direta do acontecimento da mudança das práticas. A segunda contribuição é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo e recursivo; o que nos ajuda a apreender o acontecimento e o dinamismo de quaisquer práticas. A terceira contribuição é a superação da aparente dicotomia entre os fenômenos “manutenção” e “mudança”. Além disso, esta tese reforça o entendimento da “mudança” como um elemento constitutivo da vida organizacional/social, e não como um episódio pontual e extremamente difícil de acontecer. De forma correlata, esta tese também reafirma que os elementos “micro” e “macro” são mutuamente constituídos, sendo a mudança fruto da relação interdependente entre práticas locais e seus contextos mais amplos. Em termos práticos, esta tese pode contribuir na formulação de políticas públicas que ampliem a compreensão do parto e do fazer obstétrico para além da técnica médica, levando em consideração a malha de práticas e o contexto histórico-social. Por fim, a segunda contribuição prática é a análise de uma questão de saúde aparentemente pontual (o parto) de forma mais ampla; afinal, outras questões de saúde poderiam ser igualmente analisadas, uma vez que problemas como a obesidade infantil também fazem parte de uma malha, estando imbricados em um contexto.

Palavras-chave: Práticas Sociais; Mudança Organizacional; Processos Organizativos; Parto Humanizado; Gestão Hospitalar; Maternidade.

ABSTRACT

This PhD. dissertation aims to analyze how obstetrical practice organization motivates the practitioners (not) to opt for a “humanized” normal birth, contributing to the maintenance and/or the change of giving birth as a social practice. I used the practice ontoepistemology according to Schatzki and I conducted a Practice-Based Study in a Brazilian public maternity. Birth is revealed as the intersection of three practices: medical practices, maternal/paternal practices and healthcare management practices. In this overlapping of practices a social movement emerges in favor of changing practices and a more “humanized” maternity care. One of the goals of this movement is to reduce high cesarean rates. My argument is that maintenance and change constitute a single process of "maintaining-changing"; which emphasizes that these phenomena have a recursive relation. The first theoretical contribution of this dissertation is the explicit and direct analysis of obstetrical practices changing process. The second contribution is the analysis of "maintaining-changing" practices as a single, simultaneous and recursive process. The third contribution is to overcome the apparent dichotomy between "maintaining" and "changing" phenomena. In addition, this study reinforces the understanding of "changing" as not an uncommon episode, but as a constitutive element of organizational/social life. This dissertation also reaffirms that "micro" and "macro" phenomena are mutually constituted, once changing process results from a interdependent relationship between local practices and their broader contexts. Finally, in practical terms, this dissertation can contribute to public policies that understand obstetrical practices beyond medical techniques, taking into account its historical-social context. The second contribution is the analysis of a seemingly punctual health issue (giving birth) in a wider way. Thus, other health issues could be analyzed in the same way, since problems such as childhood obesity are also part of a practice nexus.

Keywords: Social Practices; Organizational Change; Organizing; Humanized Birth; Hospital Management; Maternity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Taxa de cesárea ao redor do mundo (2016)	15
Figura 2. Malha de práticas na qual as práticas obstétricas estão imbricadas	19
Figura 3. Evolução da Taxa de Cesárea no Brasil e no ES (2010 – 2016)	21
Figura 4. Mudança organizacional: Diferenças entre as abordagens	63
Figura 5. Sujeitos entrevistados	71
Figura 6. Categorias emergentes da análise dos dados	77
Figura 7. Bebê com dano facial e no braço	87
Figura 8. Manobra de Kristeller	91
Figura 9. Manifestação nacional contra violência obstétrica (2014)	97
Figura 10. Manifestação nacional contra violência obstétrica (2014)	97
Figuras 11. Banheiros do pré-parto	104
Figuras 12. Banheiros do pré-parto	104
Figura 13. Sala do pré-parto e cadeira do acompanhante.	105
Figura 14. Parturiente dançando com enfermeira obstetra (alívio não farmacológico da dor)	106
Figura 15. Parturiente dançando com enfermeira obstetra (alívio não farmacológico da dor)	106
Figura 16. Instalações onde as consultas de pré-natal são realizadas.	113
Figura 17. Instalações onde as consultas de pré-natal são realizadas.	113
Figura 18. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas locais	120
Figura 19. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas mais amplas	122
Figura 20. Dinâmica do processo de manutenção-mudança da malha de práticas	123
Figura 21. Mudança organizacional: Diferenças entre as abordagens e contribuições desta tese	125

SUMÁRIO

PRÓLOGO OU PRÓDROMOS?	13
1 INTRODUÇÃO: A FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO: A BOLSA SE ROMPE	30
2.1. UMA INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO DE DESCARTES E HEIDEGGER	30
2.1.1. DESCARTES AINDA ESTÁ VIVO? A INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO CARTESIANO NA MEDICINA “MODERNA”	32
2.2. A ONTOLOGIA <i>FLAT</i> DAS TEORIAS DA PRÁTICA	36
2.2.1. O QUE SÃO PRÁTICAS SOCIAIS	38
2.3. A PERSPECTIVA DE SCHATZKI	42
2.3.1. COMO AS PRÁTICAS SE ORGANIZAM	45
2.3.2. O ACONTECIMENTO DOS FENÔMENOS SOCIAIS	48
2.4. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: A MUDANÇA DAS PRÁTICAS ORGANIZATIVAS	51
2.4.1. COMO AS PRÁTICAS PERSISTEM, EMERGEM E SE DISSOLVEM: A PERSPECTIVA DE SCHATZKI	57
3 MÉTODO: O INÍCIO DO EXPULSIVO	65
3.1. COLETANDO OS DADOS	65
3.1.1. ACESSANDO O CAMPO	72
3.2. ANALISANDO OS DADOS	74
4 RESULTADOS: O NASCIMENTO DO BEBÊ	78
4.1. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A MATERNIDADE	78
4.2. O FAZER OBSTÉTRICO	80

4.2.1. MEDICINA COMO TÉCNICA E A NATURALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS	81
4.2.1.1.O CORPO	85
4.2.1.2.A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	88
4.2.1.3.O PARTO NORMAL É CARO, INVIÁVEL?	92
4.2.2. O PARTO HUMANIZADO COMO DEMANDA FEMININA	95
4.2.2.1.QUANDO O FAZER MATERNO AFETA O FAZER MÉDICO	97
4.2.2.2.REDESENHANDO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	100
4.2.3. A GESTÃO DO PARTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	102
4.2.3.1.A MATERIALIDADE DOS PROCESSOS DE MUDANÇA	102
4.2.3.2.VIABILIZANDO O PARTO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO	109
4.2.3.3.O PRATICANTE COMO GESTOR	111
5 ANÁLISE E ARGUMENTO DE TESE: O CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A SAÍDA DA PLACENTA	127
7 REFERÊNCIAS: O PUERPÉRIO	133

PRÓLOGO OU PRÓDROMOS?¹

Já que me proponho a falar sobre práticas obstétricas, parto e nascimento, nada mais justo do que relatar a “concepção” e os primeiros meses de “gestação” desta tese.

Meu interesse acadêmico pelas práticas sociais, pelas organizações enquanto processo de *organizing* e pelos Estudos Baseados em Prática (EBP) começou em 2014, no mestrado, quando estudei o “fazer carnaval” no contexto de uma agremiação de Vitória/ES. Apesar de essa temática fazer parte do “mundo da vida” de muitos brasileiros, confesso que o carnaval e as escolas de samba eram, pelo menos inicialmente, estranhos para mim, uma “presença ausente”. Acredito que esse “pequeno detalhe” tenha sido o estopim que me levou a buscar uma nova temática para meu projeto de tese. Como eu costumo dizer, eu queria e buscava “um campo para chamar de meu”.

Em abril de 2016, quando iniciei o doutorado, tive a oportunidade de participar do LAEMOS, que aconteceu em Viña Del Mar (no Chile). Nesse congresso conheci alguns pesquisadores que fizeram parte do referencial teórico da minha dissertação... dentre eles destaco Manuela Perrotta, ex-orientanda da professora Silvia Gherardi, referências nos Estudos Baseados em Prática.

Em Viña Del Mar, Perrotta apresentou um estudo empírico sobre a materialidade do fazer médico, descrevendo como mudanças tecnológicas (o advento de novos aparelhos de ultrassonografia, por exemplo) podem (re)organizar a prática. Apesar de o campo médico ser estranho para mim, retornei para o Brasil pensando: “no contexto brasileiro, quais práticas médicas poderiam ser estudadas por meio das Teorias das Práticas?”.

Durante o 1º semestre de 2016 essa pergunta não saiu da minha cabeça... o

¹ Com o intuito de aproximar o leitor do universo das práticas obstétricas, optei por usar termos que fazem alusão às fases do trabalho de parto para denominar os capítulos desta tese. Os pródromos também são conhecidos como pré-parto, “falso trabalho de parto” ou simplesmente “alarme falso”. São sinais (“contrações de treinamento” irregulares de fraca intensidade, dores nas costas, etc.) que podem acontecer durante a gestação, indicando que o trabalho de parto está próximo.

que me levou a refletir sobre os problemas cotidianos que nós brasileiros enfrentamos (em maior ou menor grau), quando o assunto é saúde/doença. Foi assim que o alarmante percentual de cesáreas dos hospitais brasileiros (públicos e privados), a violência obstétrica e, conseqüentemente, a temática “Práticas Obstétricas” me saltaram aos olhos.

Já no 2º semestre de 2016, tive a oportunidade de “acessar o campo”, uma vez que, por cursar a disciplina de métodos qualitativos, precisei realizar uma pesquisa empírica por meio da observação. Foi durante esse semestre que comecei a me aproximar dos sujeitos que passaria a seguir; aculturando-me em torno da lógica que organiza as práticas obstétricas, especialmente em torno dos entendimentos de mães e doulas que já haviam passado pela experiência da gestação, do parto e, infelizmente, da violência obstétrica.

Apesar do conteúdo dos inúmeros relatos de parto que ouvi ser novo e até mesmo “estranho” para mim, as temáticas gestação, parto e maternidade me afetaram profundamente. Afinal, se durante todo o mestrado eu não me vi enquanto sambista; ainda no início do doutorado eu já me percebia enquanto uma mulher que, no futuro, ficaria grávida, seria mãe e poderia sofrer com a violência obstétrica institucionalizada em nosso país (já que gestação e maternidade faziam parte dos meus planos pessoais).

Aliás, no final de 2016, eu constatei que estava grávida; optando por contratar um obstetra e uma doula que estavam se tornando meus informantes para assistir o nascimento da minha filha.

Sem dúvida minha gestação foi um importante “*turning point*” nesta pesquisa de tese, uma vez que gestantes, mães, pais, doulas e até mesmo médicos obstetras passaram a me ver não apenas como uma pesquisadora, mas também enquanto uma praticante do fazer materno. Essa mudança de identidade me deixou mais à vontade para interagir com esses praticantes, facilitou meu acesso ao campo, ajudando-me, especialmente, a incorporar em passos mais acelerados a lógica que organiza a *performance* das práticas maternas, do parto e do fazer obstétrico como um todo.

Pois bem, foi dessa forma que esta tese foi inicialmente concebida, que vivenciei as “contrações de treinamento” dos primeiros meses de “gestação”, os “pródromos” desta tese, uma “filha” tão esperada...

1 INTRODUÇÃO: A FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO²

Segundo dados do Ministério da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2015, 55,5% dos partos realizados no Brasil foram cesarianas. No setor privado, a proporção de partos cirúrgicos chega a 84%, enquanto que, no público, o percentual é de 40%. Além disso, somos o país com o 2º maior percentual de partos cirúrgicos do mundo (UNICEF, 2016; Brasil, 2017c).

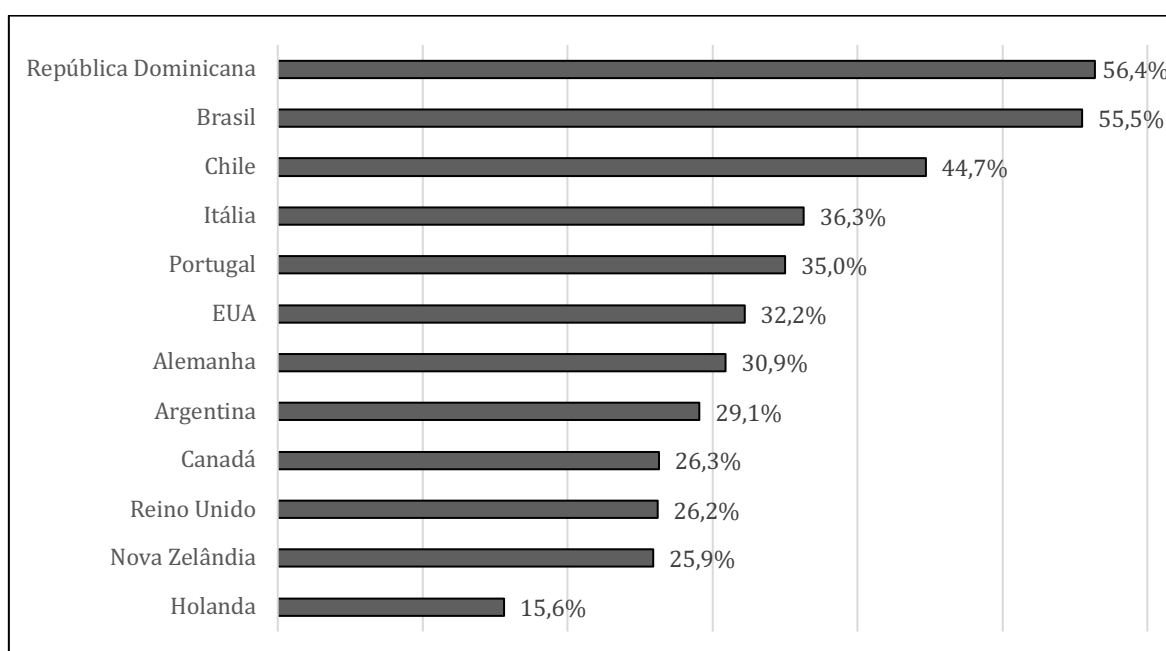


Figura 1 . Taxa de cesárea ao redor do mundo (2015)

Fonte: Adaptado de Betrán, A.; Ye, J.; Moller, A.; Zhang, J.; Gülmezoglu, A. M.; & Torloni, M.R. (2016). *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. *Plos one*, 11(2). Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/>.

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que as cesarianas não excedam 15% do total de partos, uma vez que os riscos das elevadas taxas de partos cirúrgicos para a saúde da mãe e do bebê já foram bem evidenciados na literatura científica. Por exemplo: o bebê pode nascer prematuro, já que a idade

² A partir dos 4 cm de dilatação do colo uterino, que é diagnosticado pelo toque vaginal, a parturiente entra na chamada fase ativa do trabalho de parto, na qual as contrações são ritmadas e intensas.

gestacional não pode ser calculada com exatidão. Além disso, a prematuridade está associada a problemas respiratórios e a *deficit* de crescimento, sendo a causa de mais da metade das mortes de crianças no país (World Health Organization [WHO], 2016; UNICEF, 2016; Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2016). Todavia, o parto no Brasil é visto majoritariamente enquanto um evento médico (Davis-Floyd & John, 1998), estando centrado no obstetra. Consequentemente, a gestante/parturiente é apenas mais uma paciente (e não a protagonista do processo) e a assistência ao parto é bastante intervencionista, mesmo quando não há motivos clínicos para tal (Davis-Floyd & John, 1998; Patah & Malik, 2011; Georges & Davis-Floyd, 2016).

Estudos recentes revelam que questões afetivas – como o medo de sentir dor durante o parto, a comodidade (para a gestante, a família e os profissionais da saúde) de poder marcar a cirurgia, a influência do obstetra e a equivocada visão de que a cesariana é a forma mais tecnológica e, portanto, a mais segura de parir – podem nos ajudar a dar explicações para essa grande proporção de partos cirúrgicos no Brasil (Domingues *et al.*, 2014; FIOCRUZ, 2016; Georges & Davis-Floyd, 2016).

Segundo Domingues *et al.* (2014, p. 112), “[...] a gravidez é um momento único na vida de uma mulher. Como um rito de passagem para a maternidade, é carregado de mitos e simbolismos”. Dessa forma, a preferência pela via de parto não é meramente determinada por fatores clínicos, sendo muito influenciada por fatores culturais e socioeconômicos (Davis-Floyd, 1992; Domingues *et al.*, 2014) – como o anseio de se controlar o processo do parto e a percepção que se tem sobre a (in)capacidade de o corpo da mulher dar à luz, por exemplo (Júlio, 2017). Isso faz com que a decisão pelo tipo de parto (normal ou cirúrgico) vá além de uma escolha meramente racional (Davis-Floyd & John, 1998).

Aliás, desde a década de 1990, estudos internacionais como o de Wieggers, Van Der Zee, Kerssens e Keirse (1998) já evidenciavam que o medo da dor e de possíveis complicações durante o parto influenciam a decisão da mulher em relação ao local de nascimento do bebê (que na Holanda – local onde o estudo foi realizado – ocorre comumente em casa, mas também nas maternidades), ilustrando que questões afetivas como o medo orientam as práticas obstétricas.

No campo dos Estudos Organizacionais (EO), mais especificamente nos estudos que se aproximam das abordagens da prática ou nos Estudos Baseados em Prática (EBP) propriamente ditos, algumas práticas de saúde – como a construção do

diagnóstico da arteriosclerose, o uso da telemedicina para monitorar cardiopatas, a fertilização/reprodução assistida, o automonitoramento de diabéticos, o tratamento do tabagismo e da obesidade, dentre outras – já foram estudadas (Ver Mol, 2002; Nicolini, 2009, 2010, 2013; Gherardi & Perrotta, 2011; Bruni & Rizzi, 2013; Gorli, Nicolini & Scaratti (2015); Styhre & Arman, 2015; Blue, Shove, Carmona & Kelly, 2016; Maller, 2017).

É interessante notar que autores como Styhre e Arman (2015), Gorli, Nicolini e Scaratti (2015), Yakhlef e Essén (2012), Gherardi e Perrotta (2011) e Nicolini (2010) analisam não apenas “práticas de saúde”, mas também a temática “mudança”, ainda que indiretamente.

Gherardi e Perrotta (2011), por exemplo, analisam como uma lei italiana imposta pela frente católica limitou as práticas de reprodução assistida. Já Gorli, Nicolini e Scaratti (2015) examinam uma série de mudanças das práticas de saúde de um distrito do norte da Itália que, por razões financeiras, foi reorganizado, absorvendo um novo hospital. Styhre e Arman (2015) também exemplificam como fatores sociais mais amplos (a dinâmica sociocultural de um país, por exemplo) podem levar os praticantes a (re)pensarem suas práticas.

Assim como Gherardi e Perrotta (2011), Styhre e Arman (2015) oferecem uma perspectiva organizacional acerca da fertilização assistida e revelam que alguns médicos decidiram investir em clínicas privadas para atender à demanda pela fertilização, o que forçou o investimento governamental e fez com que os hospitais públicos se vissem obrigados a oferecer a fertilização assistida, já que prevaleceu o entendimento de que todos têm, de fato, direitos iguais à saúde.

Percebe-se que, ao compartilharem a ontologia *flat* das Teorias da Prática como sua base filosófica, esses autores tratam do caráter dinâmico e fluido das organizações e da vida social, e não da rigidez de estruturas estáticas e formais que existiriam *a priori*, sem a *performance* das práticas organizativas.

Isso por si só é um avanço na pesquisa sobre mudança organizacional (*Organizational change research*), uma vez que para as abordagens mais tradicionais (Ver Hannan & Freeman, 1984; Bonneau *et al.*, 1995; Guillén, 2002; Colombo & Delmastro, 2002), a mudança é compreendida como um evento pontual (Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001; Tsoukas & Chia, 2002; Rafferty & Griffin, 2006; Suddaby

& Foster, 2016); afinal, parte-se do pressuposto de que as organizações tendem a permanecer inertes, devido ao fenômeno da “inércia estrutural” (Hannan & Freeman, 1984; Rafferty & Griffin, 2006). Além disso, tais abordagens tendem a considerar a mudança como fruto de choque exógeno, já que as organizações precisariam adaptar e modificar suas estratégias, estruturas e operações para sobreviver – o que faz com que o nível de análise organizacional seja privilegiado, desconsiderando-se contextos mais amplos (Kuipers *et al.*, 2013; Wetzel & Van Gorp, 2014).

Dessa forma, ainda que a temática mudança seja majoritariamente tratada de forma implícita e indireta por grande parte dos Estudos Baseados em Prática, há o esforço de se superar a dicotomia entre os aspectos “micro³” e “macro”, assim como as críticas em relação ao foco “micro” analítico dos primeiros EBP, buscando-se evidenciar que práticas locais e seus contextos mais amplos são fenômenos mutuamente constituídos. É dessa forma que, com o desenvolvimento recente dos EBP, a mudança é analisada e compreendida para além das mudanças exógenas (sendo essa uma limitação das abordagens mais tradicionais sobre mudança), assim como para além do papel dos praticantes, enquanto os únicos agentes da mudança das práticas organizativas (uma das limitações dos primeiros EBP).

Todavia, apesar dos aspectos “micro” (práticas locais) e “macro” (contextos mais amplos) terem sido reconciliados, o foco analítico na mudança das práticas revela uma outra (mas não nova) dicotomia: “mudança” Vs. “manutenção”. Os EBP apresentados tratam da mudança das práticas e da estabilização dessas práticas nascentes; sem analisar que o processo de mudança implica, frequentemente, na dissolução de determinadas atividades e arranjos; ao mesmo tempo em que outros elementos já existentes se mantêm inalterados (Schatzki, 2013).

No contexto brasileiro, quando se problematizam as práticas de saúde, as práticas obstétricas se revelam como uma temática a ser explorada; afinal, conforme destacado, somos o país com o 2º maior percentual de partos cirúrgicos do mundo (WHO, 2016). Além disso, o parto é uma prática geralmente performada no contexto de organizações hospitalares como as maternidades – ao contrário do que acontece em países como Inglaterra, Holanda, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, onde os

³ A terminologia “micro” (assim como “meso” e “macro”) é utilizada apenas para fins didáticos, uma vez que a ontoepistemologia da prática busca superar essa dicotomia.

nascimentos acontecem em hospitais, centros de parto ou até mesmo nos domicílios. Assim, toda a lógica que organiza o parto tem impactos na gestão hospitalar e no sistema de saúde como um todo, uma vez que o modelo brasileiro de atenção ao parto está centrado na figura do médico e nas organizações hospitalares (FIOCRUZ, 2016; Georges & Davis-Floyd, 2016; WHO, 2016).

Dessa forma, meu argumento de tese (que será apresentado a seguir) parte do pressuposto de que o parto não é apenas um evento médico, uma atividade do fazer médico. O parto é uma prática (que nesta tese chamarei de “Práticas obstétricas” ou “Fazer obstétrico”) sobreposta a outras práticas de uma malha mais ampla (Hui, Schatzki & Shove, 2017). Entendo que o parto se revela como a intersecção de pelo menos três práticas: práticas médicas (“fazer médico”), práticas de gestão da saúde (“fazer gestão”) e práticas maternas/paternas (“fazer materno/paterno”).

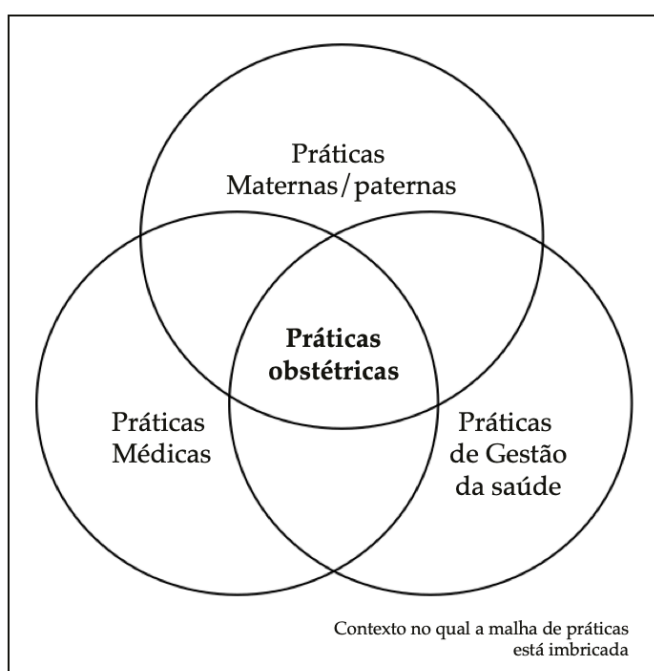


Figura 2. Malha de práticas na qual as práticas obstétricas estão imbricadas

Fonte: Elaborado pela autora

As práticas médicas correspondem à assistência física e emocional prestada pelos profissionais da saúde à mulher e ao bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apesar de no Brasil o médico se apresentar como o protagonista dessa prática

(daí a nomenclatura “práticas médicas”), profissionais como as enfermeiras obstetras são tecnicamente e legalmente aptas para acompanhar pré-natal e assistir o parto normal. As práticas de gestão da saúde relacionam-se com a organização do sistema de saúde, com as políticas públicas de saúde e com a forma como a gestão local das maternidades acontece. As práticas maternas/paternas dizem respeito à forma como a sociedade brasileira entende e performa a maternidade/paternidade, à gestação e ao parto propriamente dito.

É justamente nesse encontro das práticas obstétricas com as práticas médicas, de gestão e maternas/paternas que vemos emergir no país um movimento social crescente em prol da mudança das práticas obstétricas e da humanização do parto e do nascimento, sendo seus objetivos reduzir a mortalidade materna e perinatal, as intervenções médicas desnecessárias (muitas vezes entendidas como violência obstétrica) e a alta incidência de cesáreas (Diniz, 2005).

Dessa forma, apesar de a maioria dos nascimentos no Brasil se dar pela via cirúrgica, é crescente o número de gestantes que opta pelo parto humanizado⁴ (Diniz, 2005), performando o parto como prática de modo diferente do que seria socialmente esperado (afinal, a cesárea é via de parto majoritária no contexto brasileiro). Aliás, conforme noticiado pelo Ministério da Saúde, pela primeira vez desde 2010, o percentual de cesarianas na rede pública e privada caiu no país, chegando em 2015 ao patamar de 55,5% e em 2016 a 55,4% do total de partos (Brasil, 2017c).

⁴ Por parto humanizado entende-se aquele cuja assistência baseia-se no respeito à liberdade e à fisiologia da mulher, assim como em evidências científicas recentes (e não no costume médico). Nessa forma de assistência, as parturientes têm o direito de conhecer e até mesmo decidir sobre os procedimentos aos quais serão submetidas. Assim, busca-se inverter a lógica que avalia o corpo feminino como incapaz de parir, o parto normal como arcaico e o obstetra enquanto o protagonista do processo (Diniz, 2005; WHO, 2016).

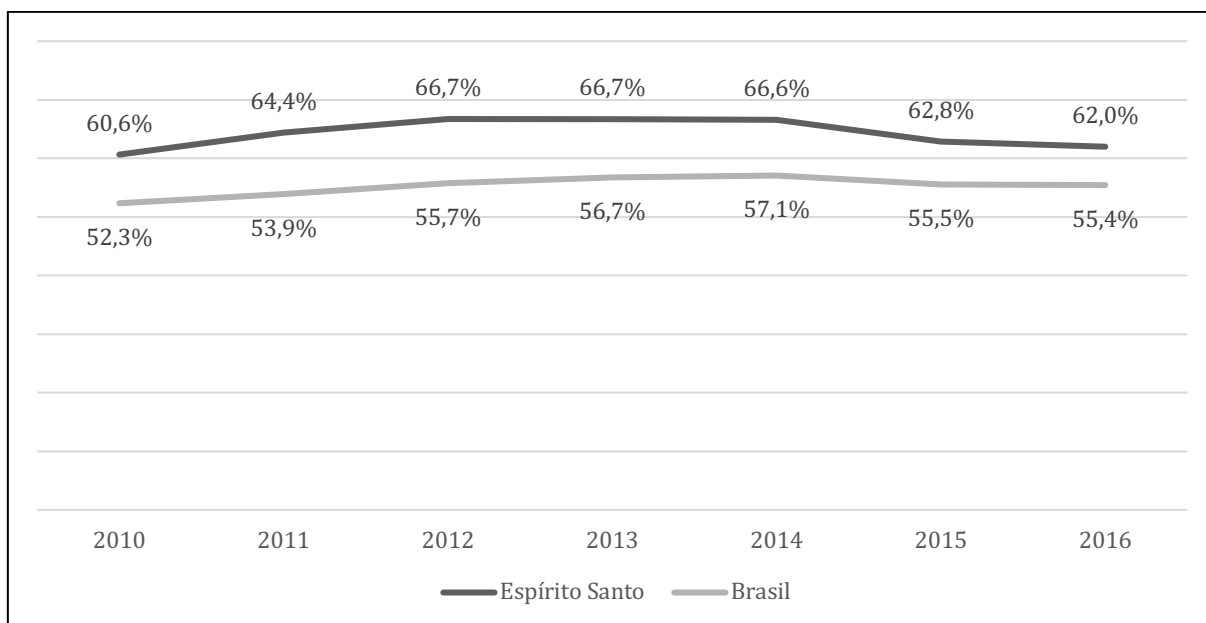


Figura 3. Evolução da Taxa de Cesárea no Brasil e no ES (2010 – 2016)

Fontes: Adaptado de Ministério da Educação (2016). Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> e Brasil (2017a). Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>.

Quanto ao acontecimento da malha de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado, ressalto que o mesmo é sustentado pelos elementos regras, entendimentos e teleoafetos (Schatzki, 2006), assim como por arranjos materiais, tais como tecnologias (in)disponíveis (cesárea, equipamentos de monitoramento fetal, etc.), estrutura física das maternidades (que podem ter ou não uma UTI Neonatal, por exemplo) e até mesmo os corpos dos praticantes (sejam eles gestantes, bebês, gestores públicos/hospitalares, médicos, enfermeiras obstetras ou doulas).

Dessa forma, o fazer obstétrico revela uma das características das práticas: elas não existem isoladamente, estando uma prática invariavelmente interconectada a outras práticas correlatas, formando um emaranhado, uma constelação de práticas (Schatzki, 2002; Hui, Schatzki & Shove, 2017). Consequentemente, para se compreender uma determinada prática é imprescindível identificar o emaranhado de práticas no qual esse fazer está imbricado, assim como os elementos (ditos, feitos, entendimentos, regras, teleoafetos, corpo/mente, arranjos materiais, etc.) que

organizam e suportam essa constelação de práticas, contribuindo para sua manutenção e mudança ao longo do tempo.

Aliás, com o desenvolvimento recente dos Estudos Baseados em Prática, o foco analítico dos trabalhos tende a ir além da compreensão de práticas específicas e isoladas, dando ênfase à interdependência, às conexões que existem entre práticas que não apenas se relacionam, mas se sobrepõem; o que é central para o melhor entendimento da constituição, manutenção e mudança das práticas organizativas que dão vida ao social (Hui, Schatzki & Shove, 2017). Portanto, esta tese se alinha a esse movimento, buscando superar as críticas em relação ao fato de parte dos EBP ter como foco a “micro” análise, a investigação de fenômenos de menor escala.

Destaco também que entender o fazer obstétrico simplesmente como um fazer médico é enxergar apenas a “ponta do iceberg”, e não o acontecimento (Schatzki, 2006; Júlio, 2015, 2016) dessa prática enquanto um fenômeno social que está para além do parto propriamente dito.

Diante disso, entendo que a cesárea não é simplesmente uma escolha da gestante ou do médico, mais uma via de parto, uma tecnologia médica que pode salvar vidas ou uma consequência da organização/remuneração do sistema de saúde (público e privado). De forma correlata, o parto normal não é somente um evento feminino e fisiológico, uma escolha da gestante ou a via de parto mais benéfica para a saúde da mãe e do bebê em gestações de risco habitual; sendo, assim como a cesárea, um dos elementos do “fazer obstétrico” enquanto prática social.

Apesar da relevância, do impacto social e de o estudo do fazer obstétrico poder nos ajudar a compreender de forma explícita e direta como a manutenção e a mudança das práticas acontece ao longo do tempo, as práticas obstétricas ainda não foram exploradas pelos pesquisadores organizacionais brasileiros. Na revisão de literatura que foi feita para a construção desta tese, por exemplo, essa temática não foi encontrada.

Diante disso, o **problema de pesquisa** que me orienta nesta tese é: como a organização do emaranhado de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado motiva os praticantes (gestantes/parturientes, pais, obstetras, enfermeiras, doulas⁵,

⁵ Mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres durante o parto. Ajudam a parturiente a encontrar posições confortáveis durante o trabalho de parto, mostram formas de respiração e

gestores públicos/hospitalares que performam essa prática em hospitais/maternidades e fora deles) a (não) optar pelo parto humanizado, contribuindo, assim, para a manutenção e a mudança das práticas obstétricas?

Para responder esse problema de pesquisa, estabeleci o seguinte **objetivo geral**: analisar como a organização do emaranhado de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado motiva os praticantes da Grande Vitória/ES a (não) optar pelo parto humanizado, contribuindo, assim, para a manutenção e para a mudança das práticas obstétricas.

Meus **objetivos específicos**, por sua vez, são: 1) identificar o emaranhado de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado; 2) identificar os elementos (ditos, feitos, entendimentos, regras, teleoafetos, corpo/mente, arranjos materiais, etc.) que organizam e suportam esse emaranhado de práticas, contribuindo para sua manutenção e mudança; 3) analisar como essas práticas interconectadas se relacionam no espaço e no tempo; 4) examinar a dinâmica dos papéis dos praticantes do fazer obstétrico na manutenção e mudança dessa prática.

Entendo as práticas sociais enquanto um nexo de atividades corporais/mentais organizadas de fazer e dizer, o que está para além de um padrão de ação, e abarca atividades em constante mudança (*ongoing routine bodily/mindly activities*), assim como uma ampla rede de arranjos materiais (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002; Nicolini, 2013). As práticas são, ainda, diversas e variáveis, sendo (re)combinadas e alteradas de acordo com seu uso (Schatzki, 2002, 2012); afinal, a realidade social é complexa e múltipla, havendo uma variedade de ordens, lógicas e discursos que, assim como as práticas, podem se sobrepor e coexistir (Mol, 2002; Mol & Law, 2002; Schatzki, 2002).

Dessa forma, dentre as diferentes abordagens da prática – como as perspectivas de Bourdieu, Giddens, De Certeau, Foucault e Latour, por exemplo (Reckwitz, 2002; Nicolini, 2013; Schatzki, 2016) – destaco que, nesta tese, considero como referência teórica a ontoepistemologia da prática segundo Schatzki (2005, 2006, 2012, 2016), articulando essa perspectiva com o fazer obstétrico enquanto uma prática social.

propõem medidas naturais que aliviam as dores do parto (banhos e massagens, por exemplo). A OMS e o Ministério da Saúde reconhecem e recomendam o apoio das doulas (USP, 2016).

A abordagem de Schatzki permite entender as práticas obstétricas para além do parto; ou seja, por meio dessa lente teórica observa-se o acontecimento do fazer obstétrico como um todo, assim como o nexo recursivo de práticas passadas, presentes e futuras e de arranjos materiais que dá forma a esse fenômeno social (Schatzki, 2006). Da mesma forma, compreender as práticas obstétricas para além do parto – o que envolve o fazer médico, o fazer gestão e o fazer materno/paterno, assim como a gestação, o parto, o nascimento do bebê e o pós-parto propriamente ditos – é enfatizar que “[...] practices link to form wider complexes and constellations – a nexus – and that this nexus forms the ‘basic’ domain of study of the social [...]” (Hui, Schatzki & Shove, 2017, p. 1).

Saliento que o uso da expressão “práticas obstétricas” (e não práticas médicas) é intencional, uma vez que a medicina baseada em evidências (MBE) nos mostra que a gestante e a parturiente deveriam ser o centro de um modelo humanizado de atenção ao parto (Domingues *et al.*, 2014; Betran *et al.*, 2015; FIOCRUZ, 2016; WHO, 2016). Além disso, a expressão práticas médicas focaliza o médico, o obstetra enquanto praticante, marginalizando o acontecimento do emaranhado de práticas (o que também engloba o fazer gestão e o fazer materno/paterno) durante todas as 42 semanas de gestação, durante todo o “processo” de atenção ao parto e ao nascimento, assim como o fato de as práticas sociais serem performadas por uma ampla gama de atores (gestantes/parturientes, pais, obstetras, enfermeiras, doulas, gestores públicos/hospitalares que performam essa prática em hospitais/maternidades e fora deles) e suportadas por uma malha de arranjos materiais.

Entendo que os EBP têm potencial para ir além dessa limitação e que críticas já foram tecidas aos estudos cujo foco analítico está reduzido aos praticantes centrais, tais como gerentes de alto escalão ou estrategistas (Ver Mantere, 2005; Carter, Clegg & Kornberger, 2010).

Entendo a “mudança” como um dos elementos constitutivos da vida social, uma condição “normal” da vida organizacional, e não um episódio pontual ou excepcional (Tsoukas & Chia, 2002); afinal, para as abordagens da prática, a vida social é um acontecimento sempre inacabado, em constante mudança (*ongoing routine*) (Schatzki, 2006; Nicolini, 2013; Czarniawska, 2013). Dessa forma, a mudança organizacional não se restringe, está para além das transformações das estruturas

estáticas e formais de uma determinada organização, abrangendo a (re)construção, a mudança dos processos organizativos, do emaranhado de práticas e arranjos que sustentam o *organizing* (o que inclui a (re)organização dos elementos entendimentos, regras e teleoafetos, por exemplo). Portanto, tratar de mudança organizacional é tratar da mudança das práticas que dão vida à organização, enquanto um fenômeno social que acontece (Schatzki, 2006).

Saliento que o processo de mudança das práticas implica, frequentemente, na dissolução de determinadas atividades e arranjos; ao mesmo tempo em que outros elementos já existentes se mantêm inalterados. Afinal, a maior parte das mudanças é lenta, incremental, e não abrupta. Além disso, a dissolução de práticas costuma acontecer paralelamente ao lento desenvolvimento de novas atividades e de novos elementos que organizam e suportam esse emaranhado, a malha de práticas. Ou seja, na mudança há um duplo processo de dissolução-emergência dos elementos/arranjos que organizam/suportam as práticas (Schatzki, 2013).

Diante disso, meu **argumento de tese** é que a manutenção e a mudança das práticas constituem um único processo de “manutenção-mudança” (com hífen!); o que enfatiza a relação recursiva desses fenômenos.

Além disso, entendo que é possível analisar a manutenção-mudança de uma malha por meio do movimento de *Zooming In* e *Zooming Out*; focando a análise nas práticas locais ou nas práticas mais amplas, para posteriormente se entender o dinamismo da malha como um todo.

Quanto às práticas locais, argumento que sua manutenção-mudança pode ser entendida por meio da articulação entre teleoafetividades e entendimentos. Quanto às práticas mais amplas, argumento que seu processo de manutenção-mudança pode ser entendido por meio da articulação entre a materialidade que suporta as práticas e os entendimentos que as organizam. Por fim, quanto ao dinamismo da malha como um todo, argumento que é por meio da articulação entre teleoafetividades, materialidade e entendimentos que o processo de manutenção-mudança das práticas locais e das práticas mais amplas acontece.

Os diferentes entendimentos acerca do “corpo da mulher” (paciente, gestante ou parturiente?) ilustram a manutenção-mudança da malha de práticas, articulando materialidade, teleoafetividades e entendimentos.

Quando o corpo é compreendido pelos profissionais da saúde como o objeto do fazer médico, o corpo gestante torna-se um arranjo material, um “corpo paciente”, sendo a gravidez um problema a ser resolvido. O entendimento instrumental do corpo enquanto um objeto relaciona-se com práticas mais amplas como a “medicina como técnica”, com a naturalização e a manutenção de práticas médicas legitimadas e tidas como certas.

Por outro lado, quando o fazer materno afeta os praticantes, alterando a dinâmica teleoafetiva que organiza as demais práticas da malha (o fazer médico, por exemplo), a mulher é compreendida enquanto gestante ou parturiente e seu corpo passa a ser um “corpo agente” (o veículo, o *carrier* que transporta o parto como prática). Consequentemente, a gravidez deixa de ser um problema, tornando-se um processo natural e fisiológico que deve ser respeitado, e não solucionado o mais rápido possível; o que contribui para a mudança das práticas obstétricas, sendo esse um exemplo de como o processo de “manutenção-mudança” das práticas obstétricas acontece de forma integrada e recursiva.

A primeira contribuição teórica desta tese relaciona-se aos Estudos Baseados em Prática anteriormente apresentados, já que analiso de forma explícita e direta o acontecimento da mudança das práticas.

A segunda contribuição é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo e recursivo, sendo essa a que considero a mais importante. Afinal, a análise do processo de manutenção-mudança das práticas organizativas nos ajuda a apreender o acontecimento e o dinamismo de quaisquer práticas (e não somente das práticas obstétricas)

A terceira contribuição é a superação da aparente dicotomia entre os fenômenos “manutenção” e “mudança”, uma vez que não é possível analisar a mudança das práticas sem levar em conta o fenômeno manutenção.

Além disso, assim como os Estudos Baseados em Prática anteriores, esta tese reforça o entendimento da “mudança” como um elemento constitutivo da vida organizacional/social, e não como um episódio pontual e extremamente difícil de acontecer. De forma correlata, esta tese também reconcilia os elementos “micro” e “macro”; reafirmando-os como fenômenos mutuamente constituídos, sendo a mudança fruto da relação interdependente entre práticas locais e seus contextos mais

amplos.

Em termos práticos, esta tese pode contribuir na formulação de políticas públicas de saúde que ampliem a compreensão do fazer obstétrico para além da técnica médica, levando em consideração a malha de práticas na qual o parto está imbricado e o contexto histórico-social (sendo essa a segunda contribuição prática). Aliás, é interessante notar que a própria OMS se posiciona para além das questões médicas, demonstrando preocupação com os altos custos das cesáreas clinicamente desnecessárias, “uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos” (OMS, 2015, p. 2).

Afinal, toda a lógica que organiza o fazer obstétrico tem grandes impactos na gestão hospitalar e na gestão do sistema de saúde como um todo (envolvendo o SUS e a saúde suplementar), já que a redução do alto percentual de cesarianas, assim como de procedimentos/intervenções (como episiotomia ⁶ de rotina e uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto) sem motivo clínico real, não traz benefícios “apenas” para a saúde da parturiente e do recém-nascido, estando associada a uma redução significativa dos custos de uma maternidade e, conseqüentemente, do sistema de saúde como um todo (já que cesárea é a cirurgia de grande porte mais realizada no mundo).

Além disso, a segunda contribuição prática desta tese é a análise, por meio da lente teórica das práticas, de uma questão de saúde aparentemente pontual (o parto) de forma mais ampla (o emaranhado de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado); ainda que outras questões de saúde possam ser igualmente analisadas, uma vez que problemas crescentes, como a obesidade infantil (citando-se apenas um exemplo), também fazem parte de uma malha de práticas, estando imbricados em um contexto social.

Esta tese é uma pesquisa qualitativa, um Estudo Baseado em Prática que

⁶ Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal do parto. Quando feita sem indicação clínica e/ou sem o consentimento da mulher, a episiotomia é considerada violência obstétrica e mutilação genital (podendo acarretar disfunções sexuais e excretoras) (WHO, 2016).

utilizou a observação participante com descrição densa das notas registradas em diários de campo como principal técnica de coleta de dados (Spradley, 1979; Rosen, 1991), assim como a análise temática *a posteriori* (Ryan & Bernard, 2003) e a codificação de dados (Corbin & Strauss, 1990). O estudo ocorreu na cidade de Vitória/ES, em duas etapas.

A primeira etapa começou em agosto de 2016 e terminou em julho de 2017. Realizei 25 observações não sistemáticas, participantes e multissituadas (Marcus, 1995). Foram cerca de 120 horas de trabalho de campo. Nessa fase pretendia entender o contexto no qual o parto enquanto prática está imbricado.

A segunda etapa da pesquisa começou em agosto e terminou em dezembro de 2018. Realizei 25 observações sistemáticas e participantes em uma maternidade pública de um hospital universitário, que foi o *lócus* central deste estudo. Foram cerca de 100 horas de trabalho de campo.

Além das observações, considerando o caráter complementar e mutuamente enriquecedor dos diferentes instrumentos de coleta (Stake, 1994), entrevistei mulheres, doulas, enfermeiras obstetras, médicos e gestores hospitalares. Também assisti documentários e filmes, e acessei documentos oficiais. Foi dessa forma que trianglei observações com entrevistas e pesquisa documental. A pesquisa recebeu aprovação do comitê de ética (CEP) do hospital universitário sob o número de protocolo 2.815.127.

Para que os leitores se aproximem do universo das práticas obstétricas, recomendo que assistam aos vídeos da pesquisa “Nascer no Brasil”⁷. Por meio desse material audiovisual é possível acessar o depoimento de algumas parturientes e de profissionais que participaram do inquérito nacional sobre parto e nascimento. Essas pessoas dão voz aos números da pesquisa, relatando mitos acerca da cesárea e do parto normal, assim como casos de violência obstétrica⁸ e as boas práticas

⁷ Entre 2011 e 2012, a Fiocruz e o Ministério da Saúde conduziram a pesquisa “Nascer no Brasil”, um inquérito nacional sobre parto e nascimento que acompanhou 23.984 mulheres em 266 hospitais de 191 municípios.

⁸ A violência obstétrica pode acontecer durante a gestão, ou no parto propriamente dito; sendo uma forma de violência física ou moral/psicológica contra a mulher e seu bebê. A imposição de rotinas médico-hospitalares (como a lavagem intestinal), o abuso da medicalização, as interferências obstétricas desnecessárias (a episiotomia de rotina, por exemplo), a proibição de a mulher se

preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

Os vídeos, disponibilizados gratuitamente pela Fiocruz, estão nos links a seguir: “Parto, da violência obstétrica às boas práticas” (FIOCRUZ, 2014b), disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk>; e “Cesárea, mitos e riscos” (FIOCRUZ, 2014a), disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=KNZQnYn7PkE>.

Após esta introdução, exponho o referencial teórico do trabalho, discuto brevemente o pensamento de Descartes e Heidegger, assim como a influência do pensamento cartesiano na medicina e no fazer obstétrico “moderno”; afinal, as práticas sociais estão “desde sempre” situadas no tempo e no espaço, em uma dada conjuntura ou contexto histórico-social (Schatzki, 2005). Logo em seguida, apresento a ontologia *flat* das Teorias da Prática, a perspectiva de Schatzki em relação às práticas sociais, e como as práticas emergem, persistem e se dissolvem.

Na sequência, apresento o caminho metodológico que percorri; analisando os resultados que emergiram da análise temática dos dados após meu contato com o campo. Por fim, teço as conclusões da pesquisa, assim como suas limitações e sugestões de investigações futuras.

movimentar e/ou se alimentar durante o trabalho de parto, assim como a proibição do acompanhante, são exemplos de violência obstétrica (Diniz, 2005; WHO, 2016).

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A BOLSA SE ROMPE⁹

Nesta seção apresento as bases teóricas que orientam minha tese, discutindo o pensamento de Descartes e Heidegger, a influência do pensamento cartesiano na medicina e no fazer obstétrico, a ontologia *flat* das Teorias da Prática, a perspectiva de Schatzki em relação às práticas sociais, e a mudança organizacional como a mudança das práticas organizativas. Assim, com o intuito de esclarecer alguns dos conceitos-chave do meu referencial teórico, trago diversos autores ao longo do texto. Não tenho, porém, a pretensão de esgotar a revisão de literatura do referencial utilizado como lente de análise.

2.1. UMA INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO DE DESCARTES E HEIDEGGER

No século XVII, René Descartes revolucionou o pensamento filosófico e científico, fundando a filosofia moderna. Para Descartes, o homem é um animal racional, ou seja, um ser dual composto por duas naturezas opostas (*res extensa* e *res cogitans*). A natureza animal do homem pertenceria ao reino da corporeidade, da matéria – *res extensa* –; ao passo que a racionalidade evidenciaria sua natureza mais nobre – *res cogitans* (Descartes, 2001).

A célebre máxima “penso, logo existo” ilustra bem esse dualismo cartesiano: a separação entre sujeito (mente) e objeto (corpo) em polos diametralmente opostos. É essa base filosófica cartesiana que sustenta a percepção moderna e instrumental do homem enquanto um ser capaz de manusear, manipular, controlar e subordinar toda a natureza (o que inclui inclusive os corpos), sendo o mundo um objeto. Diante dessa lógica, o ser humano viveria dentro do mundo, numa relação instrumental de conteúdo

⁹ Durante a gravidez, o bebê fica protegido por uma membrana cheia de líquido amniótico. Na fase ativa do trabalho de parto, com a dilatação progressiva do colo uterino, essa bolsa se rompe. Todavia, em algumas parturientes, a bolsa pode se romper antes de o trabalho de parto começar (ou simplesmente não romper). Dessa forma, segundo o Ministério da Saúde, o rompimento da bolsa é um indicador menos preciso de trabalho de parto, na medida em que existem grandes variações individuais entre o aparecimento desse sinal e o início real do trabalho de parto. Por fim, o rompimento da bolsa pelo obstetra também pode ser considerado uma forma de violência obstétrica.

e continente. Foi essa a base filosófica que influenciou nossa sociedade, nossa forma de fazer ciência e, até mesmo, muitas das práticas médicas/obstétricas que hoje estão em vigor. (Henriques, 2014).

Todavia, conforme destaca Guimarães (2013, p. 52), “[...] essa certeza inaugural [...] suspendeu a própria existência do mundo [...] surgiu através de uma investigação que em momento algum buscou um argumento cuja sustentação estivesse comprometida com uma [...] necessária existência de uma natureza material [...]”, afinal, nossa ligação com o mundo não é algo contingente, ou seja, que pode ou não se realizar (Henriques, 2014). Para pensar, é preciso existir, estar no mundo, ou seja, a razão não antecede a existência (Dreyfus, 1991, 2001).

No século XX, Martin Heidegger foi um dos primeiros pensadores que problematizou essa compreensão de mundo (e, conseqüentemente, a maneira como nos relacionamos com ele), o solo ontológico assumido por Descartes em sua metafísica. Na perspectiva heideggeriana, sujeito e objeto são duas dimensões não autônomas e não independentes da existência, compondo o homem e organizando o mundo. Justamente por não haver um *a priori*, em Heidegger, a separação cartesiana entre sujeito e objeto dá lugar à ideia de “ser-no-mundo”, com hífen! É justamente por isso que a relação (ênfaticamente pelos hífens) sujeito-objeto seria anterior aos polos sujeito e objeto, estando o ser humano imbricado, embebido, incrustado no mundo “desde sempre”, não havendo um antes e/ou um depois (Henriques, 2014; Guimarães, 2013; Heidegger, 2005). Aliás, também é nesse sentido que Latour afirma que “jamais fomos modernos”, que nossa sociedade “moderna” nunca funcionou de acordo com a separação radical entre natureza (objeto) e cultura (sujeito) (Latour, 1994).

O enfoque filosófico sobre o papel constitutivo das práticas na (re)produção da realidade social é uma das maneiras de se estudarem os fenômenos sociais/organizacionais. Inclusive, alguns pesquisadores (Latour, com seus híbridos, e Schatzki, com “*organizations as they happen*”, por exemplo) usam essa ontologia da prática (*ontological primacy of practice*) para questionar (teórica ou empiricamente) o *status* dos fenômenos que estudam (Feldman & Orlikowski, 2011).

Além disso, filósofos como Heidegger (assim como Wittgenstein) são bases

filosóficas contemporâneas influentes das Teorias Culturais¹⁰, das abordagens da prática e de autores como Foucault, Butler, Latour, Schatzki, etc. (Nicolini, 2013; Feldman & Orlikowski, 2011; Reckwitz, 2002), apesar de suas ideias (o conceito de ser-no-mundo de Heidegger, por exemplo) terem sido pouco exploradas (e até mesmo entendidas) pelos cientistas sociais/organizacionais.

De modo complementar, conforme destaca Dreyfus (1991), um dos mais reconhecidos críticos de Heidegger:

[...] Heidegger's conclusions are also crucial for the human sciences, for it should be obvious that one cannot understand something unless one has an accurate account of what it is one is trying to understand. Thus, for example, if one thinks of man as a rational animal, solving problems and acting on the basis of beliefs and desires, as the tradition has done since Aristotle, one will develop a theory of mind, decision-making, rule following, etc., to account for this way of being. If this description of human reality turns out to be superficial, all that hard work will have been in vain (Dreyfus, 1991, p.1).

Dessa forma, “dar um passo atrás” e problematizar nossa compreensão acerca da ação e da ordem social é uma forma de buscar compreender melhor nossas lentes de análise e, conseqüentemente, nossos “objetos” de estudo (os fenômenos sociais/organizacionais).

2.1.1. Descartes ainda está vivo? A influência do pensamento cartesiano na medicina “moderna”

Até o século XIX, a assistência médica em geral e, conseqüentemente, o parto e o nascimento eram muito influenciados pela igreja católica, que descrevia o

¹⁰ Apesar de as Teorias da Prática serem exemplos de Teorias Culturais, nem toda Teoria Cultural é também uma Teoria da Prática. As Teorias Culturais rejeitam as ontologias individuais (centradas na figura do *homo economicus*) e societistas (centradas na figura do *homo sociologicus*), mas situam o social em diferentes unidades de análise/base ontológicas. Para as Teorias da Prática, a prática social é a “casa” do social (*the house of the social*) (Reckwitz, 2002).

sofrimento materno durante o parto como uma pena pelo “pecado original”, sendo qualquer alívio das dores da parturição inibido por essa lógica (Diniz, 2005).

Segundo Diniz (2005), foi no século XX que autoridades em obstetrícia médica – como os brasileiros Fernando Magalhães (considerado o pai da obstetrícia nacional) e Jorge de Rezende (até hoje lido nos cursos de medicina), e o norte-americano Joseph DeLee – passaram a defender que a narcose e o uso de instrumentos como o fórceps para “extrair” o bebê humanizavam a assistência ao parto. Nesse sentido, o termo “humanização” compreendia uma mudança no que fazer (no fazer médico, obstétrico) diante do sofrimento da mulher durante a parturição.

No início desse século, no fazer obstétrico, o modelo de assistência ao parto contemplava a sedação completa associada ao parto instrumental. Sedada, a mulher sentia a dor do parto, mas não registrava qualquer recordação do que havia acontecido durante o nascimento do seu filho. Ou seja, de culpada pelo pecado original, a mulher passou a ser vítima da sua própria “natureza”; cabendo à obstetrícia (científica e masculina) “humanizar” o ofício (leigo e feminino) de parir. Da mesma forma, o fórceps estaria salvaguardando o bebê, que poderia ter sua cabeça esmagada durante a passagem pela pélvis materna (Diniz, 2005). Aliás, o uso de instrumentos cirúrgico-obstétricos baseava-se na “pelvimetria”, na medição da pélvis, que era tida como o principal obstáculo para a passagem do bebê durante o parto:

Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrinhada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje considerados meras curiosidades arqueológicas [...] (Diniz, 2005, p. 628).

Já na segunda metade do século XX, devido à alta mortalidade materna e perinatal, esse modelo foi abandonado, dando lugar ao modelo contemporâneo de atenção ao parto e nascimento. Nas áreas urbanas dos países em processo de industrialização ou já industrializados (no Brasil, por exemplo), o modelo de assistência sofreu grandes mudanças: o parto foi hospitalizado, devendo as mulheres

estarem conscientes, mas deitadas, imobilizadas, e com suas pernas abertas e levantadas (posição que privilegia o obstetra, e não a parturiente). Outra mudança foi a adoção da episiotomia como mais uma das rotinas obstétricas, dentre tantas outras (Diniz, 2002; 2005; Davis-Floyd & John, 1998; Davis-Floyd, 2001). Por outro lado, a extração do bebê por meio do fórceps foi mantida e continuou a ser um procedimento obstétrico padrão, sobretudo nas primíparas (mulheres que darão à luz a seu primeiro filho) e nos hospitais-escola (Diniz, 2002; 2005).

Ou seja, por meio dessas mudanças, dessas intervenções médicas, o uso da tecnologia passou a ser ainda mais intenso (Diniz, 2005; Davis-Floyd & John, 1998; Davis-Floyd, 2001), o que, para autores como Davis-Floyd (2001, 1992), ilustra a crença na superioridade da tecnologia sobre os corpos (especialmente sobre o corpo feminino), assim como nossa necessidade frustrada de controlar os processos naturais (a fisiologia do parto, por exemplo), processos dos quais a sociedade depende para continuar nossa existência. Dessa forma, é interessante notar que, pelo menos desde o início do século XX, o modelo de atenção ao parto e nascimento baseia-se nessa lógica moderna, segundo a qual o homem é capaz de manusear, manipular, controlar e subordinar toda a natureza (o que inclui os corpos).

Aliás, ainda segundo a antropóloga Davis-Floyd, em muitas sociedades ocidentais (no Brasil e nos EUA, por exemplo), a formação básica do médico (ou seja, graduação e residência) baseia-se majoritariamente no “paradigma tecnocrático da medicina” (Davis-Floyd & John, 1998; Davis-Floyd, 2001; Georges & Davis-Floyd, 2016). Em poucas palavras, um paradigma é um sistema de crenças de uma determinada época (o cartesianismo, por exemplo); afinal, cada sociedade tem uma maneira própria de observar e interpretar o mundo. Apesar de não ser um modelo exato da realidade, o esquema conceitual de um paradigma facilita nosso movimento no mundo, nos permitindo (não) agir de acordo com o que tem sentido dentro dos limites desse sistema de crenças (Davis-Floyd & John, 1998).

O paradigma tecnocrático da medicina é igualmente um sistema de crenças, abarcando premissas cruciais sobre como deve ser o cuidado médico: o distanciamento entre o médico e o paciente; a padronização e a organização hierárquica do cuidado; a autoridade e a responsabilidade inerentes ao médico; a supervalorização da tecnologia; as intervenções com ênfase nos resultados de curto prazo, etc. É justamente em torno dessas premissas que os médicos costumam ser

socializados durante sua formação básica (Davis-Floyd & John, 1998; Davis-Floyd, 2001); afinal, assim como o campo da Administração, a medicina também é herdeira da lógica instrumental cartesiana que separa sujeito (mente) e objeto (corpo).

Para Davis-Floyd & John (1998), o princípio da separação é o principal valor, a principal crença do paradigma da tecnomedicina, estabelecendo que os fenômenos são mais bem compreendidos fora do seu contexto, divorciados das coisas e dos sujeitos que lhes dão suporte, que estão a eles relacionados. Dessa forma, do ponto de vista histórico, o modelo tecnomédico deriva do modelo mecanicista proposto por Descartes no século XVII.

[...] durante el siglo XVII [...] la máquina reemplazaba al organismo como una subyacente metáfora para la organización del universo humano. [...] Como resultado de este cambio metafórico fundante, la naturaleza, la sociedad y el cuerpo humano pasaron a ser vistos como un conjunto de partes intercambiables que podían ser reparadas o reemplazadas desde afuera. [...] Concebir el cuerpo como una máquina implicó entregarlo para la investigación científica y continuar la exploración, dejando de lado todos los cuestionamientos sobre la [...] integridad de la persona a los curas y a los filósofos. [...] Esta visión ha caracterizado el abordaje tecnomédico hasta el día de hoy (Davis-Floyd & John, 1998, p. 27).

Baseando-se nesse princípio da separação entre corpo e mente, muitos dos praticantes (médicos, enfermeiros e gestores hospitalares, por exemplo) que são socializados em torno da lógica desse paradigma tendem a considerar o corpo humano enquanto um arranjo material, uma máquina (corpo-objeto) que precisa ser reparada; sendo os “problemas” do corpo (a fisiologia do trabalho de parto, por exemplo) entendidos como problemas técnicos que requerem soluções igualmente técnicas (o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a episiotomia e a cesárea, por exemplo).

Por outro lado, é importante destacar que muitos desses procedimentos tecnológicos podem sim salvar vidas e amenizar o sofrimento, dando suporte à parturiente e ao bebê durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito. Até mesmo a episiotomia e o fórceps podem humanizar o nascimento, especialmente quando o bebê está com seus batimentos cardíacos em declínio em plena fase

expulsiva¹¹ do trabalho de parto. Aliás, esse é um exemplo do uso da tecnologia de acordo com a medicina baseada em evidências (MBE) (WHO, 2016).

Todavia, ainda segundo a OMS e o Ministério da Saúde, quando esses mesmos procedimentos são usados de forma rotineira, ou seja, sem necessidade clínica, mas mantidos por mero padrão de assistência, tanto a parturiente quanto o bebê sofrem, podendo ter sequelas no pós-parto e/ou ao longo de suas vidas. Por exemplo: uma episiotomia pode acarretar em disfunções sexuais e excretoras, assim como o uso do fórceps pode causar danos na musculatura facial e/ou do braço do bebê. Nesses casos, o uso desses procedimentos é considerado violência obstétrica (WHO, 2016; Brasil, 2010).

Por fim, é nesse sentido que questiono: Descartes ainda está vivo? Parece-me que sim!

2.2. A ONTOLOGIA *FLAT* DAS TEORIAS DA PRÁTICA

Ao problematizar a metafísica de Descartes, a separação entre sujeito (mente) e objeto (corpo), Heidegger afirma que nossa relação primária com o mundo se dá por meio de atividades práticas cotidianas, assim como através do nosso entendimento (também prático) em relação a essas atividades, afinal, estamos “desde sempre” imbricados, incrustados no mundo, na conjuntura histórica, cultural e social que nos cerca (“mundo circundante”) (Nicolini, 2013; Heidegger, 2005; Dreyfus, 1991).

A ontologia heideggeriana baseia-se na “primazia da prática”, sendo as atividades cotidianas (as práticas sociais) a dimensão ontológica básica, o bloco fundador da realidade social, ou seja, “*the house of the social*” (Nicolini, 2013; Reckwitz, 2002; Dreyfus, 1991). Conforme destaca Nicolini (2009, p. 1393):

I draw on the [...] Heideggerian view of social affairs and their emphasis on the centrality of social practices and practical understanding as the foundational texture of everyday life [...]. It follows that the meaningful,

¹¹ Período entre a dilatação total do colo do útero (de 10 cm) e o nascimento do bebê. Pode durar apenas algumas contrações ou várias horas.

purposive and consistent nature of human conduct descends from participating in social practices and not from the deployment of rules, goals and beliefs. The [...] Heideggerian tradition therefore allow us to decentre such phenomena as mind, meaning and intentionality, so locating the roots of social co-existence in the practices that all people qua humans are necessarily involved [...].

É interessante notar que a prática social ilustra justamente a relação sujeito-objeto, e não os polos sujeito e objeto (ou social e material, corpo e mente, agência e estrutura, natureza e cultura, etc.), buscando dissolver (e não necessariamente resolver) os dualismos clássicos das Teorias Sociais. Nesse contexto, a ação e a ordem social deixam de se vincular às figuras clássicas e antagônicas do *homo economicus* e do *homo sociologicus*. Ou seja, nem a mera escolha racional e/ou os interesses individuais do *homo economicus* orientam e explicam a ação, nem os valores, os deveres ou as normas sociais, que constroem o *homo sociologicus*, garantem isoladamente a ordem social (Nicolini, 2013; Reckwitz, 2002). Surge, então, uma ontologia *flat* ou relacional, uma ontologia baseada na prática, na relação sujeito-objeto.

Foi essa ontologia *flat* ou relacional que permitiu que vários termos elementares (corpo, mente, agência, estrutura e “coisas”, por exemplo) das Ciências Sociais fossem redefinidos durante a “virada interpretativa” da década de 1970, assim como na “virada” em direção ao estudo da prática das décadas de 1980 e 1990 (Reckwitz, 2002; Schatzki, Knorr-Cetina & Savigny, 2001).

Dessa forma, apesar de não haver uma Teoria da Prática unificada, é possível afirmar que as diferentes abordagens da prática – a noção de capital, *campus* e *habitus* de Bourdieu (Gomez, 2010); a Teoria da Estruturação de Giddens (Jarzabkowski, 2008); o cotidiano de Certeau (Roberts, 2006); a microfísica do poder de Foucault (Kronberger & Clegg, 2011); a Teoria Ator-Rede de Latour (Bergström & Diedrich, 2011) e a abordagem da prática de Schatzki (Júlio, 2015; Santos, 2014), por exemplo – compartilham, ainda que de modo difuso e não necessariamente estruturado, alguns princípios e algumas definições em relação a conceitos-chave como prática, práxis e praticante, por exemplo (além de corpo, mente, agência, estrutura, “coisas”, etc.) (Nicolini, 2013; Feldman & Orlikowski, 2011; Reckwitz, 2002).

2.2.1. O que são práticas sociais

Entendo as práticas sociais enquanto um nexo de atividades corporais/mentais organizadas de fazer/dizer, o que está para além de um padrão de ação; abarca atividades em constante transformação (*ongoing routine bodily/mindly activities*), assim como uma ampla rede de arranjos materiais (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002; Nicolini, 2013).

Para as abordagens da prática, a vida social é um acontecimento sempre inacabado, ou seja, em constante (re)construção. Dessa forma, sob o ponto de vista dessas perspectivas, a ideia muitas vezes disseminada de que as práticas sociais são a mera repetição de um padrão de uma ação ou de uma rotina é rechaçada, dando lugar ao conceito de “*ongoing routine*” (Schatzki, 2006; Nicolini, 2013; Czarniawska, 2013).

Compreender a prática simplesmente enquanto um padrão de ação é enxergar apenas a “ponta do *iceberg*” da realidade social, uma vez que toda e qualquer rotina existe, na medida em que as práticas que a suportam são performadas. Ou seja, o padrão de ação ou a rotina não existem *a priori*, sem a agência imbricada¹² dos atores sociais, dos praticantes.

All practices theories thus leave space for initiative, creativity, and individual performance. These are in fact necessary, as performing a practice always requires adapting to new circumstances so that practicing is neither a mindless repetition nor complete invention (Nicolini, 2013, p. 5).

Dessa forma, ao dar esse “passo atrás” e problematizar nossa compreensão acerca do cotidiano, as abordagens da prática podem descortinar o que há por trás da ordem social, das “estruturas”¹³ sociais aparentemente rígidas, estáveis e duráveis,

¹² Autores como Zietsma & Lawrence (2010) e Lawrence & Suddaby (2006) afirmam que os atores sociais detêm um poder de agência imbricada, que está imerso na “estrutura” social na qual os atores estão inseridos. Apesar de serem constrangidos por essa “estrutura”, os atores são capazes de criar, manter e interromper, de modo incremental, as instituições que os constroem.

¹³ Nesta tese as terminologias “agente/agência” e “estrutura” serão utilizadas apenas para fins

revelando que a manutenção (assim como a mudança) dessa ordem requer o trabalho incremental de uma ampla rede de atores sociais, de praticantes que performam um emaranhado de práticas corporais/mentais interconectadas e sobrepostas.

The contribution of a practice approach is to uncover that behind all the apparently durable features of our world there is always the work and effort of someone. It also highlights that the relation between practices and their material conditions – between ‘structure and process’ – is conceived recursively as two-way traffic. It also suggests that social structures are temporal effects that can always break down [...] this view makes untenable old ways of theorizing that postulate separate levels of reality and the existence of superstructures [...] (Nicolini, 2013, p. 3).

Portanto, a ordem social é sempre o “resultado” emergente (e não permanente) da *performance* de um nexos organizado de práticas (Schatzki, 2006; Nicolini, 2013). Aliás, é nesse sentido que a unidade de análise, o bloco fundador da realidade social ou a base ontológica (*the house of the social*) das abordagens da prática é a própria prática social (Reckwitz, 2002, Schatzki, 2002, Nicolini, 2013).

Além disso, conforme mencionado, as práticas sociais são atividades corporais/mentais performadas por uma ampla gama de praticantes que transportam essas práticas enquanto *vehicle* ou *carrier* (Schatzki, 2001; Reckwitz, 2002); afinal, pelo simples fato de estar no mundo, em uma dada circunstância ou conjuntura, performando um emaranhado de práticas, o sujeito é necessariamente e “desde sempre” um praticante “incorporado” (ainda que esse corpo tenha algum tipo de limitação física, o sujeito/praticante simplesmente não existe sem ele).

didáticos, uma vez que as abordagens da prática e a ontoepistemologia de Schatzki rechaçam essa dicotomia; afinal, os fenômenos que povoam o campo organizacional devem ser (re)conceitualizados como aspectos da complexa malha de práticas e arranjos materiais, ou seja, como fenômenos sociais quaisquer, que podem estar organizados em menor ou maior escala/extensão, conforme sugere a ideia de fractal (figura geométrica cujas partes apresentam o mesmo aspecto, sendo autossimilares, independente da escala em que são observadas).

The body is thus not a mere 'instrument' which 'the agent' must 'use' in order to 'act', but the routinized actions are themselves bodily performances (which does not mean that a practice consists only of these movements and of nothing more, of course). [...] if practices are the site of the social, then routinized bodily performances are the site of the social [...] (Reckwitz, 2002, p. 251).

Dessa forma, além de carregarem as práticas por meio de seus corpos, os praticantes aprendem, desde a sua mais tenra idade (ou seja, durante sua socialização primária), padrões de comportamento corporais e mentais, maneiras rotinizadas (*ongoing routine*) de o que (não) fazer, como (não) fazer, o que (não) entender, querer/desejar ou sentir (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002). Portanto, ser socializado em torno de uma determinada prática vai além de aprender meramente a como usar nossos corpos. Conforme observa Reckwitz (2002, p. 252):

[...] within the practice these bodily performances are necessarily connected with certain know-how, particular ways of interpretation (of the other players' behaviour, for example), certain aims (most of all, of course, to win the game) and emotional levels (a particular tension) which the agents, as carriers of the practice, make use of, and which are routinized as well. [...] a social practice consists of certain bodily and certain mental activities. If somebody 'carries' (and 'carries out') a practice, he or she must take over both the bodily and the mental patterns that constitute the practice.

É nesse sentido que as abordagens da prática rechaçam a separação cartesiana entre corpo e mente, sendo o corpo do praticante um corpo-pessoa e não um objeto (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002; Flores-Pereira, 2010).

De modo complementar, é interessante ressaltar que as práticas também podem afetar a materialidade e a *performance* dos corpos, assim como das atividades corporais/mentais que compõem essas mesmas práticas sociais, afinal, durante a execução de uma determinada prática, os corpos dos praticantes interagem materialmente com o contexto no qual estão imbricados – o que inclui os arranjos materiais dessa conjuntura (Reckwitz, 2002). Por exemplo, fumar tabaco pode causar problemas respiratórios, circulatórios e até mesmo câncer nos corpos dos praticantes

(Maller, 2017). Da mesma forma, a episiotomia pode acarretar disfunções sexuais e excretoras nos corpos das parturientes.

Portanto, apesar de os corpos não serem simplesmente um arranjo material, um corpo-objeto, “[...] in carrying out action, bodies experience certain material conditions, receiving a range of environmental exposures” (Maller, 2017, p. 71). Além disso, determinadas práticas requerem de seus praticantes um maior envolvimento corporal, sendo esse o caso das práticas esportivas, artísticas e até mesmo das práticas obstétricas (conforme destacado no exemplo acima).

Ademais, os praticantes também não carregam apenas uma determinada prática, mas um emaranhado composto pelas diversas práticas em torno das quais foram socializados e estão envolvidos, sendo interessante lembrar que as mesmas podem estar interconectadas ou até mesmo sobrepostas (Schatzki, 2002; Nicolini, 2009, 2013). É justamente essa interconexão, essa sobreposição, que permite que a vida social seja uma *ongoing routine*, que as práticas e os fenômenos sociais (as organizações, por exemplo) estejam em constante (re)organização; que mesmo as mais institucionalizadas “estruturas” requeiram a participação ativa de indivíduos e organizações (praticantes) para mantê-las ao longo do tempo (Lawrence & Suddaby, 2006); afinal, a (re)organização de uma determinada prática local pode alterar a organização de outra prática a ela interconectada ou sobreposta, acarretando, inclusive, em mudanças mais amplas.

Finalmente, conforme destaca Heidegger, nossa relação primária com o mundo se dá por meio de atividades práticas cotidianas, assim como através do nosso entendimento (também prático) em relação à conjuntura histórica, cultural e social na qual estamos imbricados, incrustados (Nicolini, 2013; Heidegger, 2005; Dreyfus, 1991). O entendimento prático refere-se ao *know-how*, à habilidade de um praticante realizar determinadas atividades que compõem uma prática (jogar futebol ou escrever um texto acadêmico, por exemplo), assim como à capacidade de esse mesmo sujeito compreender essa prática (compreender as regras de um jogo de futebol, mesmo não sendo hábil em praticar esse esporte; assim como ter o *background* necessário para compreender determinado assunto acadêmico). É justamente esse *know-how* que permite que um praticante carregue, performe uma determinada prática social (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002; Nicolini, 2013).

Por estar imbricado em um dado contexto, em uma conjuntura histórica, cultural e social específica (mundo circundante), cada praticante é capaz de transportar uma determinada gama de práticas igualmente específicas, o que também depende da história de vida desse sujeito, de o mesmo (não) ter sido socializado em torno dessa ou daquela prática. Ou seja, associado ao entendimento prático há um horizonte de inteligibilidade (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002; Nicolini, 2013).

[...] When individuals 'take over' such existing practices, they are enrolled in the specific horizon of intelligibility associated with it, and which implies a certain way of understanding oneself, others, and the events that occur as part of the practice. (Nicolini, 2013, p. 5).

Todavia, é importante advertir que o entendimento, assim como a prática, é social, sendo compartilhado pelos praticantes, que concordam, pelo menos tacitamente, em relação ao que (não) tem sentido, ao que (não) fazer. Portanto, entendimentos e *know-how* são propriedades das práticas e não características dos indivíduos, sendo acessíveis a quaisquer praticantes. Nesse sentido, conforme ressalta Reckwitz (2002, p. 250): “[...] the practice as a ‘nexus of doings and sayings’ (Schatzki) is not only understandable to the agent or the agents who carry it out, it is likewise understandable to potential observers (at least within the same culture)”.

2.3. A PERSPECTIVA DE SCHATZKI

Assim como Silvia Gherardi, Andreas Reckwitz e Elizabeth Shove, o filósofo norte-americano Theodore Schatzki faz parte da segunda geração de teóricos da prática. Todavia, apesar de a perspectiva ontoepistemológica de Schatzki ser considerada forte e de longo alcance, suas ideias ainda carecem de aplicação empírica (Hui, Schatzki & Shove, 2017; Nicolini, 2013). No Brasil, por exemplo, o uso empírico direto da abordagem de Schatzki na análise das práticas organizacionais ainda é emergente (Ver Santos & Silveira, 2015; Júlio, 2015; Santos, 2014).

Baseando-se na ontologia heideggeriana da primazia da prática, Schatzki também considera as atividades cotidianas (as práticas sociais) a dimensão

ontológica fundamental, o bloco fundador da realidade social, ou seja, as práticas são o principal elemento constitutivo da vida social, o ponto de partida (a unidade de análise básica) para qualquer investigação das relações humanas (Schatzki, 2002, 2012; Nicolini, 2013).

Para o autor, o termo prática social vai além da simples descrição do que as pessoas fazem ou da mera reprodução de um padrão de ação, referindo-se a um nexo de atividades humanas organizadas e de arranjos materiais, a um conjunto de ações corporais/mentais de fazer e dizer que é suportado por uma ampla rede de arranjos. Definir as práticas sociais enquanto um nexo de atividades organizadas é reconhecer que toda prática é composta pelas dimensões atividade e organização (Schatzki, 2002, 2003).

Uma atividade é um pacote de ações, um conjunto de ações básicas de fazer e dizer que é performado pelos corpos (e mentes) dos praticantes; sendo o dizer um tipo de fazer. Além disso, atividades são eventos intencionais que acontecem – fazer doutorado, escrever uma tese, optar pelo parto humanizado para dar à luz, etc. –, e não meras ocorrências, nas quais não há a intencionalidade humana (Schatzki, 2006, 2012). Dessa forma, a prática social está para além da mera descrição do que as pessoas fazem, assim como dos eventos que simplesmente ocorrem ao nosso redor.

Activities are events. This means that they happen. Theorists who hold that activity is an event standardly contrast activities as events to another type of event often called “mere occurrences.” Examples of mere occurrences are hail falling, neurons firing, and flags fluttering in a breeze. Activity events are distinguished from mere occurrences by virtue of being intentional and voluntary. Mere occurrences lack these properties [...] (Schatzki, 2012, p. 18).

A dimensão organização refere-se aos elementos que fazem com que essas ações de fazer e dizer estejam reunidas (organizadas) em torno de uma mesma atividade humana, de uma mesma prática social. Destaca-se que a organização das práticas se dá em torno de três elementos centrais: regras, entendimentos e teleoafetividades (Schatzki, 2002, 2003); afinal, “[...] Doings and sayings belong to a given practice when they express some of the understandings, teleoaffective components, and rules that make up the organization of that practice” (Schatzki, 2012,

p. 16).

Humanos e não humanos, o que inclui os corpos dos praticantes e eventuais extensões desses corpos, são os elementos que compõem a rede de arranjos materiais¹⁴ que suportam as práticas (Schatzki, 2002, 2003). Conforme é destacado por Schatzki (2012, p. 16): “[...] most practices would not exist without materialities of the sorts they deal with, just as most material arrangements that practices deal with would not exist in the absence of these practices”. Dessa forma, como cogitar a *performance* de práticas esportivas como o futebol sem a participação ativa de uma bola? Ou como pensar nas práticas obstétricas sem a materialidade dos corpos das gestantes, das parturientes e de seus bebês?

Também é fundamental ressaltar que Schatzki desenvolveu uma visão bem específica da ação humana, afirmando que as pessoas fazem aquilo que tem sentido para elas (telos). O argumento baseia-se em um traço antropológico básico dos humanos enquanto animais autointerpretativos. Schatzki denominou essa condição humana de inteligibilidade da ação, derivando daí seu conceito de “inteligibilidade das práticas sociais” (Nicolini, 2013).

É a inteligibilidade que dá sentido à *performance* dos praticantes e às práticas sociais; sendo as atividades humanas organizadas (“estruturadas”) por essa inteligibilidade. Diante disso, é interessante observar que, mesmo sendo a inteligibilidade um fenômeno individual (afinal, é sempre para um indivíduo que uma ação faz ou não sentido), o entendimento que se tem sobre uma determinada prática é social, ou seja, pode ser acessível a qualquer praticante.

Dessa forma, a inteligibilidade da prática não é sinônimo de racionalidade instrumental, nem tampouco é determinada pela normatividade. Para Schatzki, a maioria das ações humanas é, na verdade, uma reação corporal emergente, e não necessariamente uma ação racionalmente planejada ou previamente deliberada por um indivíduo (*nonpropositional bodily abilities*), sendo as atividades humanas que compõem a prática uma (re)ação organizada por um senso de propósito socialmente construído e compartilhado (telos); ou seja, pelo que faz sentido, convém ou, pelo

¹⁴ Apesar de Schatzki considerar que humanos e não humanos compõem os arranjos, ou seja, apesar de a dimensão social da ampla rede que suporta o acontecimento das práticas não ser ignorada, o autor não lança mão do termo “arranjos sociomateriais”, preferindo a expressão “arranjos materiais”.

menos, é socialmente aceitável (não) fazer. É durante sua socialização em torno das práticas das quais fazem parte que os praticantes aprendem e incorporam esse senso de propósito (Nicolini, 2013; Schatzki, 2002, 2012).

2.3.1. Como as práticas se organizam

As práticas sociais não são apenas *performances* corporais, mas também, e ao mesmo tempo, umnexo de atividades mentais. Assim, a prática social implica, necessariamente, determinadas maneiras de compreender o mundo, de desejar algo, de saber o que fazer e como fazer (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2012). Pode-se afirmar, por exemplo, que escrever uma tese não envolve apenas as ações corporais de sentar-se em frente a um computador e digitar. Escrever uma tese abrange modos particulares de decifrar o mundo (sob a lente da prática, por exemplo), desejos/propósitos (ter o título de doutorado e/ou seguir carreira acadêmica), assim como estados de humor, determinados afetos (como ansiedade, realização, etc.).

Da mesma forma, para uma gestante, dar à luz não envolve simplesmente entrar em trabalho de parto e esperar pelo nascimento do seu bebê. Dar à luz por meio dessa ou daquela via de parto (normal ou cesárea) abarca uma série de condições materiais (ter acesso a hospitais públicos ou privados, ter ou não plano de saúde e/ou poder pagar ou não por um obstetra particular), assim como determinadas maneiras de compreender o mundo (entender a si mesma enquanto um corpo (in)capaz de parir naturalmente, por exemplo), desejos (ansiar passar pela experiência do parto humanizado ou não cogitar sentir as dores do parto) e afetos (ter medo do parto normal e/ou de sofrer intervenções obstétricas).

Nesse contexto, sendo a prática social umnexo de ações organizadas, destaca-se mais uma vez que a organização dessas práticas se dá em torno de três elementos centrais: entendimentos, regras e teleoafetividades. São esses elementos que fazem com que determinadas ações de fazer e dizer estejam reunidas em torno de uma mesma prática social (Schatzki, 2002, 2003, 2012).

O entendimento da prática, conforme já mencionado, refere-se ao *know-how*, à habilidade de um praticante realizar, por meio de seus corpos, atividades básicas de fazer e dizer, assim como a capacidade de esse praticante decifrar a prática.

Ressalto que o entendimento da prática é social, ou seja, é compartilhado pelos praticantes, que concordam, pelo menos tacitamente, em relação ao que (não) fazer (Schatzki, 2002). Dessa forma, “a noção de entendimento de Schatzki [...] é uma habilidade ou capacidade que está ‘por trás’ das atividades humanas (e não das pessoas), ou seja, que ‘suporta’ as práticas” (Santos, 2014, p. 36).

As regras que organizam as práticas dizem respeito a normas, princípios, juízos de valor ou convenções sociais que são socialmente aceitos e compartilhados. Tais regras podem ser mais ou menos explícitas, ou até mesmo implícitas; não estando necessariamente vinculadas a mecanismos formais de poder, autoridade ou sanções. As regras também não são, necessariamente, a explicitação de um entendimento prático (Schatzki, 2002, 2003).

As regras são mais bem compreendidas enquanto um compilado das ações passadas, tendo comumente uma força normativa que é capaz de influenciar as ações futuras, apontando quais ações e como essas ações podem e devem ser performadas. É dessa forma que as regras que organizam as práticas evidenciam a relação recursiva entre o tempo passado, presente e futuro, afinal, os praticantes as observam e as levam em consideração para julgar o que (não) faz sentido, o que convém ou, pelo menos, é aceitável (não) fazer (Schatzki, 2002, 2003). É importante destacar que “[...] o efeito normativo das regras é praticado, e não pré-determinado. Nenhum curso de ação (fazer/dizer) deve ser visto, *a priori*, como determinado por uma dada regra [...]” (Santos, 2014, p. 36).

Já as teleoafetividades referem-se a uma complexa combinação entre o senso de propósito (telos) e os afetos dos praticantes. Segundo Schatzki (2001), citado por Santos e Silveira (2015, p. 87), “[...] o que faz sentido para uma pessoa [...] depende, em grande medida, dos fins que ela persegue coordenados com os afetos que ela ‘sente’ ao se engajar em uma determinada prática [...]”. Dessa forma, a teleoafetividade não é algo instrumental, indo além do senso de propósito, dos fins que uma pessoa persegue, abarcando emoções, humores, sentimentos e afetos (Júlio, 2015). Aliás, os afetos podem “tomar” as pessoas (Heidegger, 2005), orientando o que elas fazem, independentemente de seu senso de propósito (Schatzki, 2002, 2003; Júlio, 2015).

Além disso, há uma “hierarquia teológica” que estrutura os teleoafetos e, conseqüentemente, organiza as práticas sociais. Essa hierarquia é formada por uma

combinação de fins e meios aceitáveis, esperados, assim como pelas ações de fazer e dizer necessárias para a implementação desses fins (Schatzki, 2012). Por exemplo: espera-se que uma gestante cuide da sua gravidez (fim), não ingerindo álcool ou consumindo outras drogas ilícitas (meios).

Assim como ocorre com os fins, há afetos (emoções, humores e sentimentos) desejáveis, socialmente aceitos. Ou seja, ao ser socializado em torno de uma prática, um praticante aprende quais afetos ele (não) pode demonstrar, e como ele pode se expressar (Schatzki, 2012). É socialmente aceito, por exemplo, que uma gestante fique mais emotiva e chore. Todavia, espera-se que um doutorando controle suas emoções durante a defesa de sua tese, o que não deixa de ser a expressão de uma dinâmica afetiva, afinal, o não fazer e o não dizer também são ações básicas que compõem as práticas sociais.

Entendimentos, regras e teleoafetividades são propriedades das práticas e não características dos indivíduos. Durante sua socialização, os praticantes aprendem como participar de determinadas práticas, adquirindo e incorporando versões dos elementos que as organizam. É dessa forma que o entendimento prático se transforma em *know-how*, as regras em crenças e teleoafetividades em desejos (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002).

Todavia, é importante salientar que esses elementos são incorporados de modo diferente, sendo combinados de diversas maneiras, uma vez que os indivíduos não são idênticos (possuem socialização, experiências, inteligência, poder de observação e *status* distintos). Assim, cada praticante carrega consigo uma microversão das estruturas que organizam as práticas das quais fazem parte (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002). Por exemplo: assim como há obstetras e gestantes que preferem a cesárea eletiva¹⁵, considerando essa via de parto a melhor opção disponível; existem mulheres e médicos que preferem o parto natural.

Apesar dessas diferenças, há uma estrutura comum que é socialmente compartilhada pelos praticantes, uma vez que o entendimento geral da prática é social. Para Schatzki, tais estruturas compartilhadas também podem ser entendidas como “estados mentais” (o que abarca *know-how*, intenções, motivações, crenças e

¹⁵ Cesárea previamente agendada, ou seja, antes mesmo de a gestante entrar em trabalho de parto.

desejos; ou seja, os elementos entendimentos, regras e teleoafetividades). Por serem socialmente compartilhados, os estados mentais também são propriedades das práticas e não dos indivíduos, sendo, por isso, tidos como estados mentais objetivos (ou “mentalidade objetiva das práticas”). São os estados mentais compartilhados que se relacionam com os padrões de ação, com as atividades rotinizadas que, muitas vezes, caracterizam, mas não limitam, as práticas sociais (Schatzki, 2005).

2.3.2. O acontecimento dos fenômenos sociais

Como outros teóricos da prática, Schatzki (2006) também dá um “passo atrás” e problematiza nossa compreensão acerca do cotidiano, mais especificamente, acerca de fenômenos sociais como as organizações. Para o autor, uma organização enquanto um fenômeno social é um acontecimento inacabado, em constante (re)construção, o “resultado” de um processo emergente e não permanente (*organizing*), da *performance* de um nexo de práticas e arranjos. De acordo com essa perspectiva, as organizações são um mix de “estruturas” formais e informais frouxamente integradas e em metamorfose, o que salienta seu caráter dinâmico e fluido, e não a rigidez de estruturas organizacionais estáticas e formais que existiriam *a priori*, ou seja, fora de um contexto histórico-social, sem a agência imbricada dos praticantes, sem a *performance* das práticas e/ou sem o suporte dos arranjos materiais (Cooper, 1986; Czarniawska, 2013; Schatzki, 2005, 2006).

Além disso, compreender as organizações enquanto fenômenos sociais que acontecem significa declarar que as mesmas são um nexo de práticas (um conjunto de atividades humanizadas organizadas em torno dos elementos entendimentos, regras e teleoafetividades) e de arranjos materiais (Schatzki, 2002, 2006, 2012).

Schatzki (2006) também salienta que o acontecimento de um fenômeno social, de uma organização, abarca o acontecimento dos elementos que compõem esse fenômeno, ou seja, a *performance* de suas práticas, dos elementos que as organizam (entendimentos, regras e teleoafetividades), assim como dos arranjos que as suportam. Nas palavras de Schatzki (2006, p. 1864): “The happening of an organization, therefore, is the performance of its constituent actions. More broadly, the happening of an organization is the carrying out of its constituent practices [...]”.

Todavia, “[...] an organization as it happens is not simply the organization’s happening [...]” (Schatzki, 2006, p. 1866), ou seja, para compreender o acontecimento de uma organização (assim como de fenômenos sociais quaisquer) é preciso ir além da *performance* que acontece “aqui e agora” (Júlio, 2015). Ir além do aqui e agora significa compreender que o acontecimento desses fenômenos é teleológico, abarcando a persistência dos elementos (entendimentos, regras e teleoafetividade) que organizam as práticas, assim como dos arranjos materiais que as suportam. É nesse sentido que a organização, que a governança das práticas acontece.

Para Schatzki (2006), os fenômenos sociais não acontecem apenas em um tempo cronológico, ou seja, não são uma mera sucessão de eventos ou a passagem temporal das ações que os constituem. Para o autor, os fenômenos sociais acontecem em um tempo real (formado pelos tempos objetivo e teleológico). O tempo objetivo relaciona-se com o desdobramento dos acontecimentos, sendo definido pela sucessão cronológica de eventos. Já o tempo teológico trata da coocorrência entre passado, presente e futuro; assim como da relação recursiva das ações passadas, presentes e futuras. De acordo com essa perspectiva, a motivação de uma ação está no passado, a atividade em si ocorre no presente, enquanto que essa mesma ação tem sua intenção/finalidade projetada para o futuro. Aliás, é nesse sentido que toda e qualquer prática pressupõe a intencionalidade humana, a projeção futura de uma intenção/finalidade (telos) (Schatzki, 2006, 2012; Heidegger, 2005; Chia & Holt, 2006). Conforme destaca Schatzki (2006, p. 1871):

[...] When people act, they do so for the sake of some way of being (e.g. being a successful teacher, being fair) — toward which they come in acting. This projecting— coming toward is the future dimension of activity. [...] The future dimension of activity, coming toward something projected, is acting for an end. The past dimension of activity, departing from something given, is responding to something or acting in the light of it, i.e. being motivated. The present of activity is activity itself. The time of activity is, thus, acting toward an end from what motivates. It is a teleological phenomenon.

Dessa forma, uma organização (enquanto um fenômeno social qualquer) não é somente um nexo de práticas organizadas e de arranjos materiais, mas também, e ao mesmo tempo, um nexo recursivo de suas atividades/ações passadas, presentes

e futuras, o que compõe sua memória da prática. Além disso, sendo o conjunto de atividades que compõem as práticas organizado em torno dos elementos entendimentos, regras e teleoafetividades, essa relação recursiva também se dá entre esses elementos (Schatzki, 2006).

[...] This persistence of structure from the past into the present is what I call practice memory. The memory of the organization is the sum of the memories of its practices. [...] All organizations, by contrast, have practice memories, that is, persisting practice structures (Schatzki, 2006, p. 1868).

Por exemplo: no contexto brasileiro, muitas mulheres acreditam que a dor do parto natural é muito grande, insuportável; o que as leva a optar pela cesárea. Todavia, tal entendimento foi historicamente construído ao longo das últimas décadas (desde que o parto passou a ser majoritariamente hospitalar) (FIOCRUZ, 2016; Diniz, 2005), não sendo simplesmente uma interpretação atual, do aqui e agora, das práticas obstétricas, mas sim um entendimento teleológico que evidencia a recursividade entre os tempos passado, presente e futuro. Aliás, nesse contexto histórico-social, mesmo as mulheres que optam pelo parto natural se veem constrangidas a “mudar de ideia” ou, pelo menos, justificar o porquê das suas escolhas, já que esse não é um entendimento socialmente compartilhado (Domingues *et al.*, 2014; Diniz, 2002). É essa recursividade, a “temporalidade teológica das práticas”, que possibilita resgatar a historicidade dos processos organizativos, evidenciando que os fenômenos sociais estão imbricados em um contexto histórico-social.

Por fim, o acontecimento teleológico dos fenômenos sociais é possível devido à memória das práticas, à perpetuação dos elementos que organizam as práticas (entendimentos, regras e teleoafetividades) e dos arranjos materiais que as suportam, ou seja, devido à continuação do passado no presente (Júlio, 2016).

2.4. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: A MUDANÇA DAS PRÁTICAS ORGANIZATIVAS

Para as abordagens mais tradicionais (Ver Hannan & Freeman, 1984; Bonneau *et al.*, 1995; Guillén, 2002; Colombo & Delmastro, 2002), a “mudança organizacional” é compreendida como algo excepcional e extremamente difícil, um episódio pontual que requer profundas intervenções, ou até mesmo um choque exógeno (Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001; Tsoukas & Chia, 2002; Rafferty & Griffin, 2006; Suddaby & Foster, 2016); afinal, parte-se do pressuposto de que as organizações tendem a permanecer inertes devido ao fenômeno da “inércia estrutural”, sendo essa a “norma” (Hannan & Freeman, 1984; Rafferty & Griffin, 2006).

Para autores como Wetzel e Van Gorp (2013), essa premissa seria um reflexo da forte seletividade teórica dos estudos clássicos sobre mudança organizacional, que se concentram majoritariamente no uso da Teoria Institucional. Além disso, autores como Kuipers *et al.* (2013) afirmam que uma das grandes preocupações das pesquisas sobre mudança organizacional é a natureza da mudança; buscando-se classificar a “ordem” (primeira, segunda ou terceira ordem), o “nível” (“micro”, “meso” ou “macro”) da mudança.

Mudanças de primeira ordem ocorreriam no nível micro, nos subsistemas das organizações. Já as mudanças de segunda ordem, por sua vez, aconteceriam no nível meso, envolvendo a organização como um todo. Enquanto que, por fim, mudanças de terceira ordem seriam macromudanças, mudanças exógenas que envolvem o mercado no qual as organizações estão inseridas; sendo a maior parte das mudanças fruto de choques exógenos (Kuipers *et al.*, 2013).

Sob esse ponto de vista positivista e ainda hegemônico, prevalece a visão de que o tempo é linear, a história organizacional é objetiva e constrange fortemente a mudança, sendo a manutenção, a estabilidade, a rotina e a ordem privilegiadas. Além disso, percebe-se que, mesmo quando mudanças endógenas (micro mudanças) são consideradas, o contexto no qual essas mudanças estão imbricadas e acontecem tende a ser negligenciado, criando-se, assim, uma dicotomia entre os fenômenos “micro” (de menor escala) e “macro” (de maior escala) (Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001; Tsoukas & Chia, 2002; Suddaby & Foster, 2016).

Por exemplo: Whelan-Barry *et al.* (2003) realizaram um estudo de caso no departamento de auditoria interna de um banco norte-americano, uma vez que os processos de trabalho desse departamento estavam sendo "redesenhados" (*redesign*). O objetivo do *redesign* era maximizar a eficiência e a eficácia das auditorias. Os resultados do estudo revelaram a necessidade de ações específicas (gestão das mudanças) entre os níveis organizacional, de grupo e individual, para se sustentar a mudança, o *redesign* do departamento e de seus processos. No nível organizacional, os processos de planejamento para mudança eram muito importantes; enquanto que, nos níveis mais baixos, o importante era distinguir o planejamento da implementação das mudanças, do processo de gestão das mudanças. Dessa forma, apesar de o trabalho de Whelan-Barry *et al.* (2003) detalhar o processo de mudança nos níveis organizacional, de grupo e individual, o contexto mais amplo no qual indivíduos, departamentos/grupos e organizações estão imbricados é desconsiderado. Além disso, a mudança é tida como um episódio (e não como um elemento constitutivo da vida organizacional), sendo objetivada enquanto "algo" a ser gerenciado.

Já Kelliher e Parry (2015) examinaram a introdução de princípios do setor privado – por meio de políticas baseadas na nova gestão pública (*New Public Management*) – na gestão do serviço nacional de saúde do Reino Unido. Lançando mão de uma abordagem multimétodo (que combina Modelagem de Equações Estruturais com grupos focais e entrevistas para ilustrar os resultados quantitativos), as autoras propuseram relações diretas e indiretas entre o uso de práticas da nova gestão pública e o estresse experimentado pelos gestores no serviço nacional de saúde. Kelliher e Parry (2015) sugerem que não é o uso das práticas da nova gestão pública que causa estresse, e sim os resultados associados à sua implementação. Por exemplo: ao se concentrarem em "produzir números" (*being more "business like"*), os gestores substituiriam a burocracia relacionada à prestação de serviços pela burocracia do controle; havendo, ainda, um conflito potencial entre a prestação de serviços para atender às necessidades do paciente e o foco na eficiência e na medição dos serviços de saúde. Dessa forma, percebe-se que a "mudança" é tratada indiretamente, priorizando-se a temática "*New Public Management*". Além disso, a mudança é mais uma vez tida como um episódio, fruto de choques exógenos, como a pressão institucional pela adoção de princípios do setor privado no serviço público.

David Shaw (2019), por sua vez, analisou a influência de consultores em projetos de mudança organizacional; lançando mão da literatura de consultoria de gestão. Apesar de o autor argumentar que os consultores têm influência substancial nos projetos de mudança organizacional, tal influência depende da gestão do relacionamento entre consultores e gerentes seniores (seus clientes). O autor ressalta, ainda, que vender os mesmos serviços para diferentes clientes é uma técnica usual em consultoria; uma vez que se vende o conhecimento (o que significa melhores práticas organizacionais e métodos de gerenciamento de mudanças) capturado e armazenado ao longo de consultorias anteriores. É justamente por isso que os clientes precisam aceitar os consultores como parceiros estratégicos. Dessa forma, percebe-se que a “mudança” é tratada indiretamente, priorizando-se a temática “consultoria”. Além disso, ainda que se considere o papel dos consultores de gestão na mudança organizacional, o nível de análise do estudo é intraorganizacional; sendo o contexto mais amplo, no qual consultores, gerentes seniores e organizações estão invariavelmente imbricados, desconsiderado. Por fim, pode-se afirmar mais uma vez que a mudança é tida como um episódio, sendo novamente objetivada enquanto “algo” a ser gerenciado.

Segundo autores como Suddaby e Foster (2016, p. 20), “[...] variations in how we conceptualize change are underpinned by different assumptions about history [...] The degree to which we see the past as objective or subjective clearly influences how we understand change”. Dessa forma, espera-se que as abordagens para as quais o passado é uma realidade objetiva vejam o futuro como altamente influenciado, ou até mesmo determinado, pela história (esse seria o caso das abordagens tradicionais, por exemplo). Por outro lado, aquelas perspectivas que compreendem o passado de forma mais subjetiva tendem a esperar que o futuro seja muito mais maleável e aberto (ainda que as alternativas se baseiem em interpretações do passado) (Suddaby & Foster, 2016).

Ou seja, ainda que o conceito de mudança nem sempre esteja claramente definido - o que, aliás, é uma crítica recorrente às abordagens que tratam da temática mudança organizacional (Tsoukas & Chia, 2002), a visão de mundo, a base ontoepistemológica a partir da qual se parte, altera nossas respostas para perguntas básicas como “o que significa mudança organizacional?”, “como distinguir mudança de estabilidade?” ou “como saber se a mudança organizacional ocorreu?”.

Conforme mencionado, as abordagens mais tradicionais sobre mudança partem do pressuposto de que as organizações tendem a permanecer inertes, devido ao fenômeno da “inércia estrutural” (Hannan & Freeman, 1984; Rafferty & Griffin, 2006). É justamente essa visão de mundo que nos ajuda a explicar algumas das limitações das pesquisas clássicas sobre mudança organizacional (*Organizational change research*), que considera a mudança como um evento pontual, difícil de acontecer; via de regra o fruto de choques exógenos (Kuipers *et al.*, 2013).

Por outro lado, sendo a ontologia *flat* das Teorias da Prática a base filosófica desta tese, entendo a mudança como Tsoukas e Chia (2002): um elemento constitutivo da vida social, uma condição “normal” da vida organizacional e não enquanto um episódio pontual ou excepcional; o que por si só é um avanço na pesquisa sobre mudança organizacional.

Afinal, para as abordagens da prática, a vida social é um acontecimento sempre inacabado, em constante (re)construção (*ongoing routine*) (Schatzki, 2006; Nicolini, 2013; Czarniawska, 2013). Conforme destaca Schatzki (2013, p.31): “[...]changes in social practices are fundamental to changes in social life [...] because social phenomena are bundles of practices and material arrangements”.

Além disso, percebo a mudança organizacional não como uma transformação das estruturas estáticas e formais de uma determinada organização, mas enquanto uma (re)construção de processos organizativos, ou seja, do emaranhado de práticas e arranjos que sustenta o *organizing* (o que inclui a (re)organização dos elementos entendimentos, regras e teleoafetos, por exemplo). Portanto, tratar de mudança organizacional é tratar da mudança das práticas que dão vida à organização enquanto um fenômeno social que acontece (Schatzki, 2006).

No campo dos Estudos Baseados em Prática, as temáticas “mudança” e “práticas de saúde” já foram estudadas, ainda que indiretamente, por autores como Styhre e Arman (2015), Gorli, Nicolini e Scaratti (2015), Yakhlef e Essén (2012), Gherardi e Perrotta (2011) e Nicolini (2010).

Autores como Gherardi e Perrotta (2011), por exemplo, assim como Gorli, Nicolini e Scaratti (2015) discutem mudanças exógenas, revelando como as práticas locais estão em constante estado de transformação e podem ser afetadas por práticas mais amplas, já que não estão isoladas do contexto social no qual estão imbricadas.

Gherardi e Perrotta (2011) analisam, por meio da articulação entre as Teorias da Prática com a Teoria New Institucional (Trabalho Institucional), como uma lei italiana imposta pela frente católica limitou as práticas de reprodução assistida. As autoras preocupam-se em evidenciar como mudanças exógenas se estabilizam, levando em consideração o contexto institucional no qual estão imbricadas. Por fim, Gherardi e Perrotta tratam a temática mudança de forma direta, e não implícita; o que fica claro até mesmo no título do trabalho “*Egg dates sperm: a tale of a practice change and its stabilization*”.

Gorli, Nicolini e Scaratti (2015) examinam uma série de mudanças das práticas de saúde de um distrito do norte da Itália que, por razões financeiras, foi reorganizado, absorvendo um novo hospital. É interessante notar que os autores vão além da mudança exógena, examinando como fatores externos (falta de recursos, por exemplo) podem levar os praticantes de uma comunidade a (re)pensar suas práticas de trabalho (processo denominado pelos autores como “*practical reflexivity*”), identificando quais atividades devem ser mantidas, melhoradas ou, até mesmo, abandonadas. Dessa forma, as mudanças das práticas de saúde desse distrito italiano não foram simplesmente implementadas “de cima para baixo”, uma vez que os praticantes da comunidade de práticas desempenharam um papel ativo na (re)organização do distrito, produzindo mudanças na organização da qual fazem parte. Assim como Gherardi e Perrotta (2011), Gorli, Nicolini e Scaratti (2015) também tratam a temática mudança de forma explícita; argumentando que a mudança é fruto não apenas de esforços “sociais” (explicitados por meio da ação dos praticantes da comunidade de práticas), sendo igualmente influenciada por questões institucionais e materiais.

De modo análogo, Styhre e Arman (2015) também exemplificam como fatores sociais mais amplos (a dinâmica sociocultural de um país, por exemplo) podem levar os praticantes a (re)pensarem suas práticas, criando estratégias. Assim como Gherardi e Perrotta (2011), esses autores oferecem uma perspectiva organizacional acerca da fertilização assistida, explorando o acontecimento dessa prática no contexto social sueco. Styhre e Arman (2015) revelam que alguns médicos decidiram investir em clínicas privadas, atendendo à demanda pela fertilização, o que forçou o investimento governamental e fez com que os hospitais públicos se vissem obrigados a oferecer a fertilização assistida (prevalecendo o entendimento de que todos têm, de

fato, direitos iguais à saúde). Dessa forma, os autores abordam a temática mudança de modo indireto, preocupando-se em evidenciar – também por meio da articulação entre as teorias da prática e a Teoria *New Institucional* (Trabalho Institucional) – que contextos mais amplos e práticas locais são mutuamente constituídos.

Yakhlef e Essén (2012) examinam como atividades e práticas inovadoras emergem a partir do improviso de seus praticantes, também abordando indiretamente a temática “mudança”. Os autores realizam um estudo com cuidadores de idosos suecos que lidam constantemente com demandas imprevisíveis, adaptando suas habilidades corporais para atender situações emergentes (idosos que se recusam a comer, estão de mau humor, ou simplesmente querem conversar por longas horas). Os autores defendem que a inovação é o resultado da tensão entre o que faz sentido para os cuidadores (práticas locais) e as regras que organizam o “cuidar”, abarcando, inclusive, a renovação das regras que organizam essa prática (aspectos contextuais mais amplos).

Por fim, por meio da sociologia da translação, Nicolini (2010) investiga o uso da telemedicina, enquanto uma inovação que emergiu e se estabeleceu na Itália, como uma prática para monitorar cardiopatas. O autor afirma que as práticas inovadoras precisam crescer como um rizoma, de um contexto local para contextos mais amplos. Além disso, para que as práticas inovadoras se institucionalizem, se estabilizem, é necessário alinhar atores e interesses heterogêneos em um todo coerente, a fim de que a inovação não dependa unicamente do trabalho de atores isolados (empreendedor, agente de mudança ou campeão de inovação). Por fim, Nicolini (2010) também trata a temática mudança de forma mais implícita, argumentando que aspectos institucionais, políticos e de poder não devem ser negligenciados, uma vez que a inovação é forjada por meio da coalisão entre práticas, humanos, arranjos materiais e instituições.

Percebe-se que, ao compartilharem a ontologia *flat* das Teorias da Prática como sua base filosófica, esses autores tratam do caráter dinâmico e fluido da vida social, e não da rigidez de estruturas estáticas e formais que existiriam *a priori*, sem a *performance* das atividades que compõem os processos organizativos. Dessa forma, a mudança organizacional não é compreendida como excepcional ou pontual, sendo abordada por meio da mudança das práticas que constituem a organização.

Além disso, ainda que a temática mudança seja majoritariamente tratada de

forma implícita e indireta, há o esforço de se superar a dicotomia entre os aspectos “micro” e “macro”, assim como as críticas em relação ao foco “micro” analítico dos primeiros Estudos Baseados em Prática, buscando-se evidenciar que práticas locais e seus contextos mais amplos são fenômenos mutuamente constituídos. É dessa forma que, com o desenvolvimento recente dos EBP, a mudança é analisada e compreendida para além das mudanças exógenas (sendo essa uma limitação das abordagens mais tradicionais sobre mudança), assim como para além do papel dos praticantes enquanto os únicos agentes da mudança das práticas organizativas (uma das limitações dos primeiros EBP).

Todavia, apesar dos aspectos “micro” (práticas locais) e “macro” (contextos mais amplos) terem sido reconciliados, o foco analítico na mudança das práticas revela uma outra (mas não nova) dicotomia: “mudança” Vs. “manutenção”. Os EBP apresentados tratam da mudança das práticas e da estabilização dessas práticas nascentes; sem analisar que o processo de mudança implica, frequentemente, na dissolução de determinadas atividades e arranjos, ao mesmo tempo em que outros elementos já existentes se mantêm inalterados (Schatzki, 2013); afinal, os processos de manutenção e mudança das práticas organizativas que dão vida aos fenômenos sociais andam juntos, sendo mutuamente constituídos, não acontecendo apenas de forma linear ou sequencial.

2.4.1. Como as práticas persistem, emergem e se dissolvem: A perspectiva de Schatzki

Para Schatzki (2002, 2012, 2013) a vida social é um fluxo contínuo de atividades, de *performances* que coexistem e se sobrepõem, afinal, os praticantes transportam, por meio de seus corpos, um emaranhado de várias práticas, podendo esse emaranhado ser suportado por arranjos materiais similares, assim como acontecer em um mesmo contexto histórico-social ou até em um mesmo *lócus*.

É importante ressaltar que a ideia de acontecimento do social salienta seu caráter dinâmico e fluido, e não a rigidez de estruturas estáticas e formais que existiriam *a priori*, sem a *performance* das atividades que compõem as práticas de um emaranhado, de uma malha (Schatzki, 2006, 2013); afinal, a ação é indeterminada,

ou seja, “[...] it is never fixed before a person acts [...] every occasion of activity harbors the possibility that what is done differs from previous actions. [...] any occasion when someone adjusts what they are doing is a moment when novelty can arise” (Schatzki, 2016, p. 32).

Por outro lado, o acontecimento do fluxo de atividades que sustenta a vida social não implica, necessariamente, na mudança disruptiva (“*becoming different*”) do nexos, da malha de práticas e arranjos que dão vida aos fenômenos sociais (Schatzki, 2006, 2013). Conforme Schatzki (2002, p. 234) salienta:

Constant doing must not be equated with change. Many human and non-human doings alike maintain the practice-order mesh as part of which they occur. Maintenance, accordingly, is not the absence of activity, but instead the occurrence of activity that perpetuates practices and reorders arrangements, minimally. Change, by contrast, comes about with activity that alters practices and orders more robustly.

Diante disso, entendo que Schatzki tenta romper com uma das dicotomias das Teorias Sociais Clássicas (manutenção Vs. mudança), sendo manutenção e mudança fenômenos não independentes e mutuamente constituídos o resultado de um complexo emaranhado de práticas e arranjos. Também considero que o autor deixa claro que a dimensão básica da mudança e da estabilidade social é a prática; afinal, a dimensão ontológica fundamental, a unidade de análise da ontoepistemologia desse teórico é a prática.

[...] social stasis and change [...] centrally transpire in or through the temporal-spatial activity continua that inherently form parts of practice-arrangement bundles. The ebb and flow of stablished and new practices arises from the complex intercalation of activities, material arrangements, and practices (Schatzki, 2013, p. 37).

De modo complementar, Schatzki (2013) trata a estabilidade como uma forma de persistência da malha de práticas, incorporando a ideia de “evolução” (o desenvolvimento de um emaranhado cada vez mais complexo de práticas e arranjos)

ao definir esse conceito. Segundo o autor, se observarmos um longo período de tempo, toda persistência é também evolução. Dessa forma, a persistência de uma malha de práticas abarca a metamorfose das atividades e dos arranjos materiais que a compõem, assim como a alteração da relação, do *link* entre atividades e arranjos (ainda que tais transformações aconteçam em menor escala ou intensidade, sendo pontuais, pouco incidentes ou ocasionais).

I define 'persistence' as the same bundle existing before and after change. There are two major kinds of persistence: stability and evolution. Stability exists when changes are minute, isolated, and non-ramifying. Evolution occurs when bundles survive larger or multiplying changes [...] (Schatzki, 2013, p. 40).

Schatzki (2002, 2006, 2013) também salienta que uma malha de práticas permanece ao longo do tempo, devido à persistência dos elementos que a compõem/suportam, ou seja, devido à estabilização da *performance* das atividades humanas, dos arranjos materiais, dos entendimentos práticos (*know-how*) que permitem que os praticantes transportem as práticas e dos demais elementos (regras, entendimentos e teleoafetos) que organizam esse emaranhado de práticas.

A practice persists only if the activities that compose it keep happening. In the absence of such performances, the practice ceases to exist. This dependence of practices on activities implies particular relations between past and present. [...] The organizations of practice are likewise maintained by the activities that uphold them. [...] unless people actually conform to the organization or extend the infrastructure, it ceases (Schatzki, 2013, p. 40-41).

De modo análogo, Schatzki (2013) afirma que a emergência de um novo emaranhado de práticas acontece por meio da bifurcação de um mesmo nexo de práticas, da coalescência de diferentes práticas e/ou quando a materialidade que suporta esse emaranhado é alterada. A bifurcação de um nexo de práticas ocorre quando as “práticas descentes” evoluem separadamente, transformando-se em novas versões da “prática original”. Esse seria o caso do futebol americano e do *rugby* inglês,

por exemplo.

Já a coalescência de práticas envolve a hibridação, a fusão dos elementos que organizam as atividades que compõem essas práticas, ou seja, a emergência de regras comuns, a cristalização de fins e meios socialmente aceitos e/ou o desenvolvimento de entendimentos práticos (*know-how*) igualmente compartilhados (o que altera a *performance* corporal dos praticantes que carregam as práticas). A fusão de organizações (enquanto processos organizativos) seria um exemplo de coalescência de práticas (Schatzki, 2013).

Por outro lado, uma nova prática também pode emergir quando há a introdução de entidades/arranjos materiais novos ou “repaginados” no emaranhado de práticas, o que altera a relação, o *link* entre atividades e arranjos. A introdução de uma nova entidade, ou artefato material, pode ser exemplificada por meio de inovações tecnológicas como a TV e o celular. Já a alteração de arranjos materiais pode ser elucidada pelo (*re*)*design* do espaço físico onde uma prática é performada, pelas alterações das estruturas físicas das prisões, conforme a ideia do panóptico de Foucault, por exemplo (Schatzki, 2013).

De modo complementar, é importante ressaltar que um novo nexo de práticas e arranjos raramente emerge de forma instantânea, havendo períodos de transição, já que as mudanças no emaranhado de práticas se dão de modo gradual: alteram-se alguns dos elementos que organizam a malha prática, enquanto outros persistem (Schatzki, 2006, 2013). Além disso, os períodos de transição antecedem o aparecimento de uma nova malha de práticas, porque tal emergir requer a organização estável das atividades que compõem essa malha (ou seja, os elementos regras, entendimentos e teleoafetividades precisam ser compartilhados), o que leva certo tempo, uma vez que as práticas são performadas por múltiplos praticantes que (*re*)agem de forma diferente, carregando suas próprias microversões dos elementos que organizam as práticas das quais fazem parte (Schatzki, 2002, 2006, 2013).

Ao tratar da necessidade da organização estável dos elementos que compõem uma nova malha de práticas, Schatzki (2002, 2006, 2013) enfatiza a importância dos entendimentos práticos, do *know-how*, ou seja, da habilidade de um praticante realizar as atividades que compõem uma prática, assim como da capacidade de esse mesmo praticante compreender, “fazer a leitura” dessa prática (de suas regras e teleoafetividades, por exemplo):

[...] One mark of the existence of a practice or bundle is people knowing what bodily actions to perform in order to carry out the actions [...] changes in practices or bundles include [...] new ways of carrying out existing projects, the practical understandings (and bodily repertoires) of participants must change in order for new or evolved practices and bundles to stabilize (Schatzki, 2013, p. 39).

Dessa forma, a mudança dos entendimentos práticos que organizam uma prática nascente resulta em novas (re)ações (fazeres e dizeres) emergentes e não refletidas (*nonpropositional bodily abilities*) dos praticantes, ou seja, na mudança das *performances* corporais desses praticantes diante de novos eventos e circunstâncias (Schatzki, 2002, 2012, 2013; Nicolini, 2013). No caso das práticas obstétricas, a mudança da *performance* corporal pode ser evidenciada oralmente; como, por exemplo, quando um profissional da saúde se refere espontaneamente a uma mulher usando o termo “gestante” ou “parturiente”, e não o termo “paciente”; conferindo poder de agência a essa mulher.

Por fim, a dissolução de uma malha de práticas é abordada por Schatzki (2013) como a decorrência de mudanças profundas, frequentes e/ou de larga escala no nexo de práticas e arranjos materiais que dão vida aos fenômenos sociais. É importante frisar que a dissolução de um emaranhado de práticas não implica, necessariamente, na sua destruição (o que, sem dúvida, também pode acontecer), uma vez que “more often, [...] dissolution is a matter of smooth development from predecessors of bundles that embrace large, rapid, or cascading changes [...]” (Schatzki, 2013, p. 42).

Em geral, a destruição de um emaranhado de práticas é causada por fatores externos como avanços tecnológicos, guerras, crises econômicas e/ou políticas, ou mudanças climáticas. São justamente essas externalidades que interrompem o fluxo material que suporta o acontecimento de uma malha de práticas, seja suprimindo os praticantes que carregam as atividades que compõem as práticas (o que, conseqüente, faz com que essas práticas deixem de ser performadas), seja transformando profundamente os entendimentos práticos que organizam as práticas – a (re)ação dos indivíduos frente às novas circunstâncias –, o que também altera a *performance* dos praticantes (Schatzki, 2013).

Por outro lado, a dissolução de uma determinada prática implica, frequentemente, no lento desenvolvimento de um novo emaranhado de práticas e arranjos, o que abarca não apenas o processo de dissolução, mas também (e ao mesmo tempo) a emergência de novas práticas. Esse duplo processo de dissolução-emergência pode acontecer quando novos meios e fins (novas teleoafetividades) passam a organizar uma malha de práticas, o que também pode transformar os entendimentos práticos dos indivíduos que performam essas práticas; afinal, a motivação e o propósito da ação, da atividade em si, também são alterados (Schatzki, 2013).

A dissolução-emergência de práticas também pode ocorrer quando duas práticas distintas se fundem em um processo de hibridização, gerando uma terceira e nova prática (assim como dissolvendo a prática anterior). De modo análogo, um emaranhado de práticas e arranjos pode absorver outro emaranhado, sendo esse um processo de bifurcação no qual uma prática se dissolve, enquanto a outra é alterada consideravelmente (Schatzki, 2013).

Conforme destacado anteriormente, a hibridização (coalescência) e a bifurcação são processos por meio dos quais novas práticas emergem, o que pode levar (ou não) à dissolução das práticas anteriores. Mais uma vez, a fusão de organizações é uma forma de hibridização/bifurcação de práticas, podendo os elementos das práticas que dão vida a essas organizações deixar de existir, dissolvendo-se (bifurcação de práticas), o que aconteceu em 1999, quando a cervejaria brasileira Brahma comprou a Antarctica, por exemplo. Por outro lado, a fusão da Ambev com a cervejaria belga Interbrew (em 2004) é um exemplo de hibridização de práticas, já que o processo organizativo da emergente InBev foi tido como o resultado das “melhores práticas” das cervejarias que a antecederam.

Apresento abaixo um quadro síntese, visando destacar as principais diferenças entre as abordagens mais tradicionais da pesquisa sobre mudança organizacional (*Organizational change research*) e os estudos empíricos baseados em prática.

	<i>Organizational Change Research</i>	Estudos Baseados em Prática
Pressuposto	Inércia estrutural	Acontecimento da vida social/ organizacional
Definição de mudança	Mudança como episódio pontual	Mudança como elemento constitutivo do social
Nível de análise privilegiado	Nível organizacional, desconsiderando-se os contextos mais amplos	Reconciliação dos fenômenos “micro” e “macro” (considerando-se não apenas o indivíduo, mas também o contexto)
Dicotomia	Micro Vs. macro Manutenção Vs. Mudança	Manutenção Vs. Mudança (explica-se apenas como novas práticas se estabilizam)

Figura 4. Mudança organizacional: Diferenças entre as abordagens

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, apesar de as abordagens apresentadas buscarem analisar um mesmo fenômeno social (a mudança organizacional/das práticas organizativas), seus diferentes pressupostos alteraram drasticamente sua definição de mudança e seu nível de análise; afinal, conforme destacam Tsoukas e Chia (2002), a visão de mundo, a base ontoepistemológica a partir da qual se parte, altera nossas respostas para perguntas básicas.

Por exemplo: ao compartilharem a ontologia *flat* das Teorias da Prática como sua base filosófica, os EBP tratam do caráter dinâmico e fluido das organizações e da vida social (acontecimento do social), e não da rigidez de estruturas estáticas e formais que existiriam *a priori*, sem a *performance* das práticas organizativas (Schatzki, 2006; Gherardi & Perrotta, 2011; Gorli, Nicolini & Scaratti, 2015). Isso por si só é um avanço

na pesquisa sobre mudança organizacional (*Organizational change research*), uma vez que as abordagens mais tradicionais (Ver Hannan & Freeman, 1984; Bonneau *et al.*, 1995; Guillén, 2002; Colombo & Delmastro, 2002) partem do pressuposto de que as organizações tendem a permanecer inertes devido ao fenômeno da “inércia estrutural” (Hannan & Freeman, 1984; Rafferty & Griffin, 2006).

Por conseguinte, as pesquisas sobre mudança organizacional tendem a compreender a mudança como um evento pontual (Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001; Tsoukas & Chia, 2002; Rafferty & Griffin, 2006; Suddaby & Foster, 2016); enquanto que para os EBP a mudança é um dos elementos constitutivos do social, uma condição “normal” da vida organizacional (Schatzki, 2013; Nicolini, 2010, 2013), fruto da contínua (re)construção das práticas que dão vida à organização enquanto um fenômeno que acontece (Schatzki, 2006).

Além disso, as abordagens mais tradicionais tendem a privilegiar o nível de análise organizacional, desconsiderando-se o contexto mais amplo no qual as organizações estão imbricadas (Kuipers *et al.*, 2013; Wetzel & Van Gorp, 2014). Os EBP, por sua vez, buscam superar a dicotomia entre os aspectos “micro” e “macro”, evidenciando que práticas locais e seus contextos mais amplos são fenômenos mutuamente constituídos (Styhre & Arman, 2015; Yakhlef & Essén, 2012).

Por fim, o foco analítico na mudança organizacional/das práticas revela “mudança” Vs. “manutenção” como uma dicotomia ainda não superada, seja pelas abordagens clássicas da pesquisa sobre mudança organizacional, seja pelos Estudos Baseados em Prática.

3 MÉTODO: O INÍCIO DO EXPULSIVO¹⁶

Esta tese é uma pesquisa qualitativa, um Estudo Baseado em Prática que utilizou a observação participante com descrição densa das notas registradas em diários de campo como principal técnica de coleta de dados (Spradley, 1979; Rosen, 1991), assim como a análise temática *a posteriori* (Ryan & Bernard, 2003) e a codificação de dados (Corbin & Strauss, 1990). O estudo ocorreu na cidade de Vitória/ES, em duas etapas.

3.1. COLETANDO OS DADOS

A unidade de análise desta tese é o emaranhado de práticas no qual o parto está imbricado. Gestantes, pais, médicos obstetras, enfermeiras obstetras, doulas e gestores públicos/hospitalares são alguns dos praticantes que performam as práticas maternas/paternas, médicas e de gestão da saúde que, uma vez sobrepostas, compõem a referida malha. Apesar de não dependerem necessariamente de uma organização hospitalar para se desdobrar (afinal, um parto pode ser domiciliar, por exemplo), as práticas obstétricas observadas perpassam um hospital universitário da cidade de Vitória, o *locus* central da pesquisa.

No Brasil, muitas das atividades que compõem as práticas obstétricas têm como *locus* o hospital (afinal, o parto é majoritariamente hospitalar, assim como as consultas de pré-natal), o que pode ser compreendido enquanto uma questão conjuntural, cultural (já que em países como Holanda, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, por exemplo, o parto domiciliar é comum). Todavia, a gestante, a parturiente e o bebê são os únicos “elementos” de fato imprescindíveis para o acontecimento do fazer obstétrico, ou seja, são os únicos “componentes” sem os quais essa prática simplesmente não é performada; afinal, conforme destaca Nicolini (2013, p. 3), “Practice theories are inherently relational and see the world as a seamless assemblage, nexus, or confederation of practices – although not all having the same

¹⁶ Período entre a dilatação total do colo do útero (de 10 cm) e o nascimento do bebê. Pode durar apenas algumas contrações ou até horas.

relevance”.

A observação participante do fazer obstétrico, com descrição densa das notas registradas em diários de campo, é a principal técnica de coleta de dados deste estudo (Rosen, 1991). Afinal, as práticas em si (ditos e feitos) somente podem ser acessadas por meio da observação, uma vez que as entrevistas tornam acessíveis apenas os relatos (ditos) dessas práticas (Flick, 2004).

A observação é uma das técnicas para a obtenção de dados com profundidade, cabendo sua paternidade a Malinowski. É dessa forma que o pesquisador estabelece diálogos fluidos com seus sujeitos de pesquisa, conduzindo uma conversação amigável, ao mesmo tempo em que introduz questões caras à sua investigação. Para tal, o pesquisador deve mergulhar no cotidiano de um determinado grupo social, apreendendo o maior número possível de perspectivas, aculturando-se, assimilando as categorias que organizam a vida social desse grupo, o que permite desvendar os “imponderáveis” da vida (Yanow, 2012; Malinowski, 1978).

O estudo ocorreu na cidade de Vitória/ES, em duas etapas. A primeira etapa começou em agosto de 2016 e terminou em julho de 2017. Realizei 25 observações não sistemáticas, participantes e multissituadas (Marcus, 1995). Foram cerca de 120 horas de trabalho de campo. Nessa fase pretendia entender o contexto no qual o parto está imbricado, assim como mapear as práticas que, uma vez sobrepostas, dão vida a esse fenômeno enquanto uma prática social.

Ressalto que entendo que o acontecimento (Schatzki, 2006) de um fenômeno social muitas vezes é multissituado (Marcus, 1995), podendo se desdobrar em múltiplos lugares, não se concentrando em um único espaço social. Dessa forma, para compreender e analisar o processo organizativo (*organizing*), o pesquisador deve vivenciar seu acontecimento na medida em que ele se desdobra, seguindo a rede de práticas que (re)constitui a organização (Czarniawska, 2013; Nicolini, 2009, 2013; Schatzki, 2006; Mol, 2002).

Dessa forma, busquei “seguir” a rede de práticas obstétricas sem encará-las em um único *lócus*, o que fez com que minhas observações acontecessem em diferentes contextos: na assembleia legislativa do ES (onde acompanhei uma audiência pública sobre violência obstétrica); em estúdios de pilates (onde me exercitei quando gestante e observei outras futuras mães se exercitando; assim como

gestantes, pais e doulas se reunindo em rodas de conversa sobre parto e nascimento); em uma universidade federal (onde um grupo de doulas facilita rodas de conversa sobre parto e nascimento); em um *shopping* da Grande Vitória (onde rodas de conversa sobre parto, nascimento e primeira infância também acontecem); e nas maternidades de um hospital universitário, de um hospital público (onde gestantes são assistidas e partos realizados) e de um hospital privado da cidade de Vitória (onde eu mesma fui assistida durante o trabalho de parto e o nascimento da minha filha).

Conforme destaca Spradley (1979), os cientistas sociais coletam a maior parte de seus dados por meio da observação participante e de conversas casuais e informais. Dessa forma, ressalto que durante as observações iniciais da primeira etapa da pesquisa tive a oportunidade de conversar informalmente com inúmeras mulheres – que estavam vivendo o processo de gestação ou já haviam parido, atuando até mesmo enquanto doulas. Durante essas conversas casuais e informais ouvi dezenas de relatos de parto, muitos deles marcados pela violência obstétrica e pelo medo do parto, assim como pelo desejo de parir de forma respeitosa. Foi dessa forma que o fazer materno das práticas obstétricas começou a se revelar para mim.

Além disso, essas conversas me ajudaram muito a começar a entender a malha de práticas na qual o parto está imbricado, descortinando formas sutis de violências obstétricas que costumam ser interpretadas como “ajuda” médica imprescindível para o acontecimento do parto vaginal. Afinal, o parto está para além do fazer materno, abarcando, por exemplo, o fazer médico.

Conforme destaca Yanow (2012), a observação requer que o pesquisador ganhe a confiança das pessoas do grupo, aproximando-se com sensibilidade, empatia e flexibilidade, reconhecendo o momento de perguntar e de calar, por exemplo. Justamente por isso, ao perceber que minhas anotações causavam certo estranhamento, fui bastante parcimoniosa em relação ao uso do meu caderno de campo; afinal, a temática práticas obstétricas abarca um momento muito pessoal e íntimo das gestantes e de seus companheiros. Dessa forma, antes de iniciar meu trabalho de observação, me apresentava enquanto pesquisadora e anotava o mínimo possível. Assim que as observações terminavam, fazia anotações gerais do que havia presenciado, expandindo-as densamente em casa ou na universidade.

Após meus primeiros contatos com o campo, senti a necessidade de compreender as práticas obstétricas enquanto um “fenômeno social situado”, fruto de

um dado contexto histórico-social e de um emaranhado de práticas sobrepostas. Essa motivação surgiu na medida em que eu conhecia a realidade do parto e do nascimento não apenas na Grande Vitória e no Brasil, mas também em outros países; ou seja, em outros contextos (além de me informar, por meio de leituras, acerca da realidade de outros países, tive acesso aos relatos de amigas gestantes/parturientes que vivem fora do Brasil). Foi dessa forma que passei a me questionar: “Por que o percentual de cesáreas do Brasil é o 2º maior do mundo? O que aconteceu para que chegássemos a esse patamar? Como o parto e o nascimento são tratados em outros contextos? Em linhas gerais, quais são as diferenças entre esses contextos e o nosso próprio contexto?”.

Até então, eu estava preocupada em acessar o campo e me situar, em compreender as práticas “de perto”; sem me atentar muito para o contexto mais amplo e para a malha de práticas sobrepostas na qual o parto está imbricado. Foi dessa forma que optei por “ajustar o foco” e realizar a coleta de dados por meio do procedimento de *zooming in* e *zooming out* proposto por Nicolini (2009, 2013).

Para entender o acontecimento de um fenômeno, o cientista social/organizacional precisa realizar um duplo movimento, o *zooming in* e o *zooming out* (Nicolini, 2009, 2013). Além do estudo atento e detalhado do acontecimento das práticas locais e contemporâneas, do “aqui e agora” (o *zooming in*), o pesquisador também precisa estar atento às diversas práticas que se sobrepõem, às conexões entre as atividades locais/contemporâneas com outras práticas (mais amplas e/ou passadas, por exemplo), assim como ao contexto histórico-social. É esse o movimento de *zooming out*, “[...] the connection between the here-and-now of the situated practising and the elsewhere-and-then of other practices” (Nicolini, 2009, p. 1392).

Diante disso, entendo que o movimento de *zooming out* pode auxiliar o pesquisador a descortinar a dimensão espacial-temporal das práticas, o que pressupõe apreender o contexto histórico-social no qual estas práticas estão imbricadas, assim como a recursividade entre os tempos passado, presente e futuro, ou seja, o tempo teológico das práticas. Afinal, um fenômeno social (uma organização, por exemplo) não é somente um nexo de práticas organizadas e de arranjos materiais que estão “aqui e agora”, mas também, e ao mesmo tempo, um nexo de suas atividades/ações passadas, presentes e futuras (Schatzki, 2006, 2012). Ou seja, há uma relação recursiva entre as “estruturas” (entendimentos, regras e

teleoafetividades) passadas, presentes e futuras que organizam as práticas. Aliás, os fenômenos sociais são capazes de persistir ao longo do tempo justamente por conta da manutenção dessas estruturas, dos elementos que organizam as práticas (Schatzki, 2006, 2012). Segundo Schatzki (2012, p. 25), “[...] The historical dimension is important also because of the [...] fact that the persistence of bundles is the default situation in human society. Persistence does not mean stasis, and the past development of a bundle is a context in which the bundle presently unfolds”.

Dessa forma, foi por meio do movimento de *zooming out* que busquei identificar as diversas práticas que se sobrepõem e dão vida à malha de práticas na qual o fazer obstétrico está imbricado. Para tal, triangulei observações com entrevistas semiestruturadas em profundidade e pesquisa documental.

Foi nessa fase da pesquisa que tive a oportunidade de entrevistar médicos obstetras que também atuavam como gestores hospitalares, gerenciando a rotina de maternidades públicas e particulares, o que me ajudou a começar a apreender o fazer gestão da saúde como uma das práticas que dá vida ao parto como fenômeno social. O quadro das entrevistas será apresentado mais à frente, uma vez que outras entrevistas foram realizadas durante a segunda etapa da pesquisa.

A pesquisa documental, por sua vez, contou com documentos oficiais e públicos da OMS, do Ministério da Saúde, da FIOCRUZ e do UNICEF, que me permitiram acessar aspectos das práticas de gestão da saúde, assim como do contexto mais amplo no qual as práticas obstétricas estão imbricadas. Foi nessa etapa da pesquisa que as políticas públicas de saúde (fazer gestão) enquanto práticas mais amplas que afetam o acontecimento local do parto (fazer obstétrico local) – contribuindo, assim, para a mudança das práticas obstétricas e para a humanização do parto/nascimento – começaram a se revelar para mim.

Após essa fase exploratória, ocorreu a segunda etapa da pesquisa, que começou em agosto de 2018 e terminou em dezembro do mesmo ano. Realizei 25 observações sistemáticas e participantes em uma maternidade pública de um hospital universitário, que foi o *lócus* central deste estudo. Foram cerca de 100 horas de trabalho de campo. Ou seja, após o movimento de *zooming out* optei por “ajustar o foco” novamente, realizando novamente o movimento de *zooming in*.

Nesta etapa da pesquisa tive a oportunidade de conversar informalmente com gestores hospitalares, médicos, enfermeiras, residentes, internos e parturientes,

acompanhando a rotina e seguindo de perto dois médicos obstetras experientes, um interno do primeiro ano e uma enfermeira obstetra. Isso me permitiu observar *in loco* o acontecimento das práticas médicas e me fez compreender melhor a perspectiva do médico e da enfermeira obstetra enquanto praticantes da malha na qual o parto está imbricado. Conforme destaca Yanow (2012), é dever do pesquisador social mergulhar no cotidiano do grupo, aculturando-se, apreendendo o maior número possível de perspectivas que organizam o fenômeno estudado (Yanow, 2012).

A escolha pelo hospital universitário como *lócus* central desta pesquisa deve-se ao fato de nesse contexto ser possível observar diretamente a socialização de internos e residentes em torno das atividades e práticas que compõem a malha que dá vida ao fazer obstétrico. Além disso, e justamente por isso, há na maternidade esforços em prol da humanização, a coexistência de práticas já naturalizadas e de novas formas de assistência, já que em um hospital escola há a *performance* de internos e residentes, assim como de médicos já experientes. Isso faz com que práticas mais antigas, legitimadas, socialmente compartilhadas e entendidas como certas ainda sejam mantidas. Outro ponto muito interessante é o fato de a "caixa preta" (Callon & Latour, 1981) da maternidade de um hospital universitário estar constantemente "aberta". Afinal, a lógica que organiza a *performance* do fazer obstétrico é ensinada e aprendida, desvelada e velada a todo o tempo por uma ampla gama de praticantes; o que me faz lembrar uma citação de Nicolini (2009, p. 1406): "[...] The sense and meaning of a practice are acquired in the social process through which novices become progressively proficient practitioners [...]".

Por fim, também realizei entrevistas durante a segunda etapa desta pesquisa. Dessa forma, ressalto que os sujeitos foram selecionados após minha inserção no campo (durante a primeira e a segunda etapa da pesquisa), de acordo com seu tempo como praticante da malha de práticas. Além disso, alguns atores-chave também foram entrevistados, independente do seu tempo enquanto praticante. Realizei dez entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado, sendo sua duração média de 1 hora e 30 min. (totalizando 14 horas e 25 min). Destaco, ainda, que o roteiro semiestruturado foi adaptado de acordo com as particularidades de cada um dos praticantes entrevistados.

Entrevista	Entrevistado	Duração
Primeira Etapa da Pesquisa		
1	Obstetra (Particular e SUS) e Ex-gestor hospitalar (SUS)	2 horas 50 min
2	Obstetra (Particular e SUS) e Gestor hospitalar (Particular e SUS)	2 horas
Segunda Etapa da Pesquisa		
3	Parturiente 1 (Parto normal humanizado)	1 hora 30 min
4	Doula (Particular)	40 min
5	Parturiente 2 (Cesárea e Parto normal humanizado)	1 hora 40 min
6	Doula (Particular) e Fisioterapeuta (Particular e SUS)	25 min
7	Grupo de Doulas (Particular e SUS)	2 horas 15 min
8	Gestoras da área de faturamento hospitalar (SUS)	1 hora
9	Obstetra (Particular e SUS)	1 hora
10	Enfermeira Obstetra (SUS)	1 hora

Figura 5. Sujeitos entrevistados

Fonte: Elaborado pela autora

As entrevistas me ajudaram a relacionar as práticas da malha, uma vez que um mesmo sujeito pode ser praticante de mais de uma prática. Por exemplo: gestores hospitalares, em geral, são médicos; e muitas enfermeiras/médicas também são mães. Afinal, conforme destaca Bauer, Gaskell e Allum (2002), o uso de entrevistas qualitativas permite que o pesquisador compreenda o “mundo da vida” de seu(s) respondente(s), explorando as relações entre os atores e seus contextos sociais locais e mais amplos.

Além disso, por meio das entrevistas foi possível compreender os ditos dos praticantes, as narrativas dos sujeitos em relação à organização presente e passada

do fazer obstétrico. Dessa forma, por meio do relato do acontecimento passado das práticas obstétricas (o que aconteceu durante as entrevistas) foi possível apreender a recursividade entre os tempos passado, presente e futuro, ou seja, o tempo teológico das práticas. Também pude compreender como a organização do fazer obstétrico ao longo do tempo contribuiu para o processo de manutenção-mudança do parto como prática, o que está alinhado com o objetivo geral desta tese. Afinal, conforme destaca Cavedon (2003), o contexto permite a compreensão da estabilidade/manutenção e da mudança sociocultural.

3.2. ACESSANDO O CAMPO

Meu acesso ao campo se deu por meio de uma amiga (também pesquisadora) que passou pela experiência do parto natural humanizado e foi assistida por uma obstetra e uma doula durante o nascimento do seu primeiro filho. Meu primeiro contato com o campo aconteceu no dia 22 de agosto de 2016, quando estive com ela. Após essa primeira entrevista, fui convidada a participar de uma audiência pública sobre violência obstétrica que ocorreria na assembleia legislativa do ES, no dia 23 de agosto de 2016. Foi justamente nessa audiência que conheci muitos dos sujeitos (praticantes) que passei a seguir.

Nas primeiras duas semanas de trabalho de campo, conheci doulas e gestantes/mães. Até então, as práticas obstétricas se revelavam para mim por meio de gestantes e pais que sonhavam em ter um parto natural humanizado; assim como através de doulas e mães. Muitas vezes, essas mulheres tinham sofrido violência obstétrica e experienciado um parto cheio de intervenções desnecessárias em seus corpos e, até mesmo, nos corpos de seus bebês, o que as motivava a trabalhar em prol da mudança das práticas obstétricas e da humanização do parto e do nascimento.

Ao mesmo tempo em que passei a observar as rodas de conversa quinzenais ou mensais desse grupo de gestantes/mães e doulas, busquei contatar alguns obstetras reconhecidos no estado do ES por trabalharem em prol do parto humanizado e da mudança das práticas obstétricas. No dia 12 de setembro de 2016, um desses médicos (que além de atender em seu consultório, também trabalha em um hospital universitário) respondeu, via *facebook*, uma das mensagens que eu havia

enviado.

Para minha surpresa, após esse contato inicial/virtual, encontrei por acaso esse mesmo obstetra no grupo religioso que frequento, descobrindo que, além de compartilharmos a mesma visão religiosa, tínhamos alguns amigos/conhecidos em comum. Nessa ocasião pudemos conversar pessoalmente. Foi quando descobri que ele também era um pesquisador (com mestrado em medicina e algumas publicações no campo da etnomedicina). Sem dúvida, a religião e o interesse pela pesquisa nos aproximaram. No dia 22 do mesmo mês, agendamos uma entrevista. A partir desse e de outros contatos, esse médico se transformou em um dos meus informantes-chave, assistindo, inclusive, o nascimento da minha filha enquanto médico obstetra. Sem dúvida, esse contato mais próximo facilitou meu acesso ao hospital universitário, fazendo com que o campo passasse a se revelar de outra forma para mim (sob o ponto de vista médico, do obstetra enquanto praticante, e não “apenas” das gestantes e/ou das doulas).

Além disso, apesar de, pelo menos inicialmente, o campo ser novo e “estranho”, me identifiquei fortemente com a temática práticas obstétricas. Além disso, para além de “simplesmente” realizar observações, vivenciei “na pele” situações e participei de atividades que alteraram minha identidade no campo (de pesquisadora para praticante/*insider* das práticas obstétricas) e minha observação (de não participante para participante). Sem dúvida nenhuma o “*turning point*” aconteceu no final de 2016, quando eu constatei que estava grávida. A partir daí optei por contratar uma das doulas do grupo que acompanhava quinzenalmente/ mensalmente para acompanhar meu parto. Assim como aconteceu com o médico, essa profissional também se tornou uma informante chave desta pesquisa, facilitando meu acesso a uma maternidade pública da Grande Vitória, por exemplo. Aliás, o “médico-informante” e a “doula-informante” fizeram parte da equipe que, em julho de 2017, assistiu o nascimento da minha filha, que veio ao mundo por meio de um parto hospitalar natural e humanizado.

Por fim, o fato de eu estar grávida me deixou muito mais à vontade para interagir com outros praticantes, que passaram a me ver não apenas como uma pesquisadora, mas também enquanto “um deles” (ou melhor, enquanto “uma delas”, uma *insider*); o que facilitou não apenas meu acesso ao campo, mas me fez incorporar (literalmente) a lógica que organiza a *performance* das práticas obstétricas e, especialmente, das práticas maternas. Conforme já destacado, a temática práticas

obstétricas abarca um momento muito pessoal e íntimo na vida de uma mulher, sendo a gravidez um momento de passagem para a maternidade.

Dessa forma – e também por considerar que há um *continuum* entre a observação e a participação (Scott, 1972), e não uma divisão estanque e dicotômica entre esses polos – assumo esta pesquisa como uma observação participante (Spradley, 1979); entendendo que performei minhas observações ora enquanto observadora, ora enquanto participante e ora enquanto *insider/praticante* das práticas obstétricas (notoriamente e especialmente enquanto *insider/praticante* das práticas maternas e do parto como prática).

3.3. ANALISANDO OS DADOS

Neste trabalho, em relação à análise e interpretação dos dados, emprego a análise temática *a posteriori* (Ryan & Bernard, 2003), assim como o procedimento de codificação de dados propostos por Corbin e Strauss (1990).

Inicialmente, para que a análise dos dados seja exequível, é necessário reunir todos os diários de campo, uma vez que a observação (com descrição densa das notas de campo registradas nesses diários) é a principal técnica de coleta de dados deste estudo.

O segundo passo é aglomerar os diários de campo de acordo com os diferentes contextos nos quais as observações aconteceram. Assim, durante a análise dos dados, separei meus diários em cinco grandes grupos, concentrando-os em pastas específicas no meu computador: assembleia legislativa do ES, estúdio de pilates, universidade federal, *shopping center* e maternidade. Após a organização dos dados, iniciei a leitura dos documentos, refletindo sobre quais eram minhas primeiras impressões acerca dos achados da pesquisa. Durante essa leitura e reflexão iniciais, “revivi” meu acesso e minha interação com o campo (o que inclui minha própria gestação e o parto da minha filha, por exemplo), destacando as passagens que poderiam me ajudar a compreender o processo de manutenção-mudança das práticas obstétricas e, conseqüentemente, a responder meu problema de pesquisa.

O próximo passo foi reler os diários de campo, uma vez que, durante o

processo de análise dos dados da pesquisa qualitativa, o pesquisador precisa ir e vir, de seu objetivo de pesquisa ao arcabouço teórico e ao material em análise, lidando com as múltiplas facetas do conteúdo do *corpus* (Krippendorff, 2004). Nesse sentido, Creswell (2012) também ressalta que os processos de coleta, análise e relato dos dados qualitativos são inter-relacionados e, muitas vezes, simultâneos. Dessa forma, a imagem de um espiral (e não um “passo a passo” linear) seria a mais apropriada para representar a análise qualitativa (Creswell, 2012). Foi durante essa releitura cuidadosa que comecei a codificar meus dados em grandes temas (Ryan & Bernard, 2003), atentando-me ao fato de o processo de codificação ser considerado o procedimento analítico fundamental dos estudos qualitativos (Corbin & Strauss, 1990).

Ainda em relação ao processo de codificação dos dados, há três tipos básicos de codificação – aberta, axial e seletiva (Corbin & Strauss, 1990) –, sendo o grande objetivo do pesquisador formular seu argumento central (Glaser & Strauss, 2006; Corbin & Strauss, 1990).

Diante disso, minha codificação inicial foi aberta, sendo essa etapa um processo interpretativo no qual o pesquisador faz comparações e busca semelhanças e diferenças no conteúdo do *corpus* (Corbin & Strauss, 1990), no conteúdo das notas de campo expandidas em diários, por exemplo. É durante a codificação aberta que os primeiros códigos são atribuídos. Na análise dos dados deste trabalho, por exemplo, atribuí cerca de 40 códigos iniciais às passagens registradas em meus diários de campo (a saber: violência obstétrica, violência de gênero, medo, construção social do medo, prática situada, posição de poder do obstetra, o marido, o pai, afetividade, racionalidade, cesárea não é parto?, corpo defeituoso, paciente como corpo, parturiente como pessoa, humanização do parto, manutenção de práticas, fazer gestão, contexto, materialidade, etc.). Ainda na codificação aberta, comecei a agrupar códigos semelhantes em relação ao conteúdo do *corpus* em categorias (Corbin & Strauss, 1990).

Os códigos corpo defeituoso, paciente como corpo e parturiente como pessoa foram reunidos na categoria inicial “Corpo”. Da mesma forma, os códigos medo, construção social do medo, afetividade e racionalidade, por exemplo, foram agrupados na categoria inicial “Teleoafetividades”. Já os códigos “Humanização do parto” e “Fazer gestão” foram aglutinados como subcategorias iniciais de “Mudança das práticas obstétricas”.

Logo em seguida, iniciei a codificação axial, buscando estabelecer relações entre as categorias. Percebi que algumas categorias estavam intimamente relacionadas, havendo certa relação hierárquica ou causal entre elas (Corbin & Strauss, 1990). Destaco que esse processo foi marcado por idas e vindas (Krippendorff, 2004; Creswell, 2012) e que, inicialmente, obtive dez categorias e doze subcategorias. Dessa forma, durante a codificação axial, unifiquei categorias e criei subcategorias.

A categoria inicial “Corpo”, por exemplo, foi alocada como subcategoria da dinâmica “Manutenção” de práticas. “Teleoafetividades”, por sua vez, foi remanejada como a subcategoria “Quando o fazer materno afeta o fazer médico”, da categoria final “O Parto humanizado como demanda feminina” (inicialmente chamada de “Humanização do parto”). Já a subcategoria inicial “Fazer gestão” perpassa as subcategorias “O parto normal é caro, inviável?”, “Redesenhando políticas públicas de saúde” e “O praticante como gestor”; relacionando-se ao processo de manutenção-mudança do fazer obstétrico.

Diante disso, apresento, por meio de categorias e subcategorias temáticas, atividades e práticas da malha que evidenciam a organização do processo de manutenção-mudança do parto como prática social. Ressalto, ainda, que a dinâmica do processo de manutenção-mudança perpassa todas as três categorias; afinal, esses são fenômenos interdependentes, e não dicotômicos.

Categorias Temáticas	Subcategorias Temáticas
Medicina como técnica e a naturalização das práticas obstétricas	O corpo
	Violência obstétrica
	O parto normal é caro, inviável?
O Parto humanizado como demanda feminina	Quando o fazer materno afeta o fazer médico
	Redesenhando políticas públicas de saúde
A gestão do parto no hospital universitário	A Materialidade dos processos de mudança
	Viabilizando o parto para gestantes de alto risco
	O praticante como gestor

Figura 6. Categorias emergentes da análise dos dados

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, em relação à codificação seletiva (Corbin & Strauss, 1990), destaco que durante as etapas de análise e interpretação temática dos dados redigi notas de análise, articulando os dados empíricos com ideias centrais e conceitos básicos do meu referencial teórico.

4 RESULTADOS: O NASCIMENTO DO BEBÊ

Conforme mencionado, durante a fase preliminar desta pesquisa, busquei “seguir” a rede de práticas que dá vida ao fazer obstétrico, sem encarcerá-la em um único *lócus*; o que me levou a vivenciar as práticas obstétricas em diferentes contextos. De toda forma, minhas observações aconteceram majoritariamente em uma maternidade de um hospital universitário. Dessa forma, para que o leitor entenda melhor o contexto no qual o fazer obstétrico está imbricado, apresento essa organização.

4.1. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A MATERNIDADE

O hospital universitário é um hospital geral que presta serviços de média e alta complexidade, sendo o hospital de referência do sistema público de saúde no estado. O Hospital funciona 24 horas por dia, atendendo exclusivamente os pacientes do sistema público (notas de campo, 10 de maio de 2017).

A maternidade do hospital é uma das cinco maternidades referência para gestantes de alto risco no estado, atendendo mulheres que residem na cidade de Vitória e que apresentam condições clínicas de alto risco preexistentes (como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes e tireoidopatias) e/ou que desenvolveram doenças obstétricas durante a gravidez em andamento (pré-eclâmpsia, eclâmpsia¹⁷ e diabetes gestacional, por exemplo) (notas de campo, 26 de setembro de 2016).

Além da assistência médico-hospitalar, o hospital e a maternidade também desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, sendo um campo de prática (hospital-escola) para a graduação em medicina e em enfermagem, assim como para a residência médica em ginecologia e obstetrícia e em neonatologia. Os graduandos em medicina devem cursar três semestres de internato, podendo optar por ginecologia e obstetrícia no último semestre (nesse período, os internos acompanham o trabalho dos residentes e dos médicos). No sexto semestre, os graduandos em enfermagem

¹⁷ A eclâmpsia e a pré-eclâmpsia são complicações graves que podem acontecer durante a gravidez, estando associadas ao descontrole da pressão arterial da gestante.

cursam a disciplina de saúde da mulher, acompanhando os cuidados da enfermagem com gestantes e puérperas. Já os residentes em ginecologia e obstetrícia atuam durante três anos no hospital, acompanhando médicos obstetras nas consultas do pré-natal, assim como nas atividades de rotina e nos plantões da maternidade (internações de gestantes de alto risco, pré-parto, parto e pós-parto, por exemplo). É na maternidade que os estudantes aprendem o fazer obstétrico, sendo socializados em torno das práticas obstétricas (notas de campo, 10 de maio de 2017).

Dessa forma, médicos experientes, residentes da obstetrícia e da neonatologia, e internos da graduação em medicina são os profissionais médicos da maternidade. Além desse corpo médico, enfermeiras obstetras, enfermeiros, técnicos em enfermagem e acadêmicos da graduação em enfermagem são profissionais da saúde que também assistem gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

A divisão do trabalho na maternidade e na gestão do parto (o que fazer e o que não fazer) leva em conta a existência dessa ampla gama de profissionais. Cabe à equipe de enfermagem, por exemplo, realizar a classificação de risco das gestantes, priorizando o atendimento dos casos mais urgentes. Após essa triagem, as gestantes são avaliadas (anamnese e exame físico) pelos residentes em ginecologia e obstetrícia, que podem estar sendo acompanhados/supervisionados ou não pelos médicos. Os internos podem auxiliar os residentes em exames físicos básicos, aferindo a pressão e medindo a taxa de glicose das gestantes, por exemplo. Após essa avaliação médica, as gestantes podem ser: (1) internadas para acompanhar ou tratar alguma intercorrência (as mais comuns são hipertensão e diabetes); (2) internadas diretamente no pré-parto (para induzir o parto, realizar a cesárea ou caso já estejam em trabalho de parto); (3) aconselhadas a voltar para casa (se não houver intercorrência e a gestante não estiver em trabalho de parto); (4) encaminhadas para outro hospital de referência que atenda o seu perfil (caso a gestante não esteja em trabalho de parto, não tenha uma gestação de alto risco ou não resida em Vitória).

Por fim, toda a estrutura da maternidade está localizada no 1º andar do hospital, contando com um centro obstétrico e quatro alojamentos conjuntos. No centro obstétrico há um centro cirúrgico (no qual uma sala está reservada para cesáreas de urgência e emergência) e quatro salas PPP (de pré-parto, parto e pós-parto imediato). Em cada um dos alojamentos conjuntos há quatro leitos (onde as puérperas ficam internadas juntamente com seus bebês). Dessa forma, não há berçário na

maternidade, e sim uma sala onde os recém-nascidos recebem os primeiros cuidados (após serem avaliados ao lado da mãe, nas salas PPP ou no centro cirúrgico). Por mês, a maternidade realiza de 80 a 100 partos. Apesar dos esforços em prol da humanização, cerca de 60% dos partos realizados na maternidade ainda são cesáreas e, aproximadamente, 10% dos bebês nascidos vivos precisam de UTIN. Em 2016, 1.009 partos foram realizados na maternidade (notas de campo, 10 de maio de 2017).

4.2. O FAZER OBSTÉTRICO

Conforme mencionado, entendo que o parto não é apenas um evento médico, uma atividade do fazer médico. O parto é uma prática sobreposta a outras práticas de uma malha mais ampla (Hui, Schatzki & Shove, 2017). Dessa forma, entendo que o parto se revela como a intersecção de pelo menos três práticas: práticas médicas, práticas de gestão da saúde e práticas maternas/paternas.

As práticas médicas correspondem à assistência física e emocional prestada pelos profissionais da saúde à mulher e ao bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apesar de no Brasil o médico obstetra ser o protagonista dessa prática (daí a nomenclatura “práticas médicas”), profissionais como as enfermeiras obstetras são tecnicamente e legalmente aptos para performar muitas das atividades que compõem as práticas médicas (acompanhamento de pré-natal e assistência ao parto normal, por exemplo). De toda forma, procedimentos cirúrgicos como a cesárea são atividades performadas somente pelo médico obstetra.

As práticas de gestão da saúde relacionam-se com a organização do sistema de saúde, com as políticas públicas de assistência ao parto e com a forma como a gestão das maternidades acontece. É por meio das práticas de gestão que o Ministério da Saúde estabelece o número mínimo de consultas de pré-natal, assim como quais hospitais devem prestar assistência às gestantes de alto risco. No âmbito local, é por meio das práticas de gestão que a diretoria de uma maternidade pode implementar equipes horizontais (formada por médicos e enfermeiras obstetras), assim como novos protocolos de assistência. É interessante notar que muitos gestores hospitalares também são médicos, performando concomitantemente atividades das

práticas médicas e das práticas de gestão da saúde. Dessa forma, tanto o fazer médico, quanto o fazer gestão são práticas masculinizadas, sendo majoritariamente performadas por médicos homens (os atores/praticantes protagonistas dessas práticas).

As práticas maternas/paternas dizem respeito à forma como a sociedade brasileira entende e performa a maternidade/paternidade. Por exemplo: diferentemente do que ocorre em outros países, muitas mães e pais brasileiros entendem que a cesárea é a forma mais segura de dar à luz, optando, já no início da gestação, por essa via de parto para salvaguardar seu bebê. Os praticantes das práticas médicas e das práticas de gestão já performaram ou performam atividades das práticas maternas/paternas, uma vez que todos são filhos e muitos são pais e mães. Assim, as atividades das práticas maternas/paternas relacionam-se com o contexto sociocultural no qual as práticas obstétricas estão imbricadas e, obviamente, com a gestação e o parto propriamente ditos. Dessa forma, diferentemente das práticas médicas e de gestão, o fazer materno/paterno é uma prática feminina, sendo majoritariamente performada por mulheres-mães.

Após contextualizar a malha de práticas na qual o fazer obstétrico está situado, apresento, por meio das categorias e subcategorias temáticas que emergiram da análise dos dados, as atividades e práticas da malha que evidenciam a organização do processo de manutenção-mudança do parto como prática social.

4.2.1. Medicina como técnica e a naturalização das práticas obstétricas

Durante a primeira fase desta pesquisa, tive a oportunidade de acompanhar uma aula sobre humanização do parto ministrada por um renomado obstetra aos residentes da maternidade do hospital universitário.

[...] a aula prosseguiu, o obstetra começou a tratar dos diferentes modelos/paradigmas da medicina, baseando-se no trabalho da antropóloga americana Davis-Floyd. Ele começou pelo paradigma tecnocrata. Segundo esse paradigma, há uma clara separação entre corpo X pessoa. A gestação é tida como patologia, devendo ser solucionada o mais rápido possível. A gestante e o feto não podem morrer, mas intervenções, mesmo que clinicamente desnecessárias, podem e devem ser feitas; já que o objetivo é

controlar o processo. Segundo o obstetra, o paradigma tecnocrático é uma herança de Descartes, sendo o corpo tido como uma máquina. Consequentemente, o paciente é objetivado. Daí o nome “paciente”. O sujeito é o médico. Por outro lado, na lógica da medicina humanizada, a gestante não é simplesmente paciente, mas sim parturiente. Afinal, é ela quem está parindo. No paradigma tecnocrático é até difícil chamar o sujeito que procura o médico de outro nome, de outra “coisa”, já que o termo paciente está enraizado. Além disso, também é comum escutar a expressão “o obstetra fez o parto”, como se o médico, e não a gestante, tivesse parido [...] (notas de campo, 27 de setembro de 2016).

No Brasil, a formação do médico baseia-se justamente no paradigma tecnocrático da medicina. Ao médico é ensinado reparar funções, supervalorizar a tecnologia (sendo a cesárea a forma mais tecnológica e, portanto, a mais segura de parir) e seguir procedimentos padronizados (Georges & Davis-Floyd, 2016). Esse é o contexto histórico-social (Schatzki, 2005) no qual os praticantes e as práticas obstétricas acontecem, a conjuntura (“mundo circundante”) na qual estamos invariavelmente imbricados (Heidegger, 2005).

Consequentemente, a “medicina como técnica” é o entendimento dominante (apesar de não ser o único) em torno do qual o fazer obstétrico está organizado. Os praticantes socializados em torno desse paradigma incorporam microversões de um entendimento compartilhado (Schatzki, 2002, 2012) acerca do fazer médico, do corpo da mulher, da gestação e do parto, naturalizando práticas médicas já legitimadas e tidas como certas, e reproduzindo e mantendo um padrão de ação. Isso ilustra que as práticas não são apenas *performances* corporais, mas atividades mentais; o que implica, necessariamente, determinadas maneiras de compreender o mundo.

Entendo que, ao ser performado, um determinado entendimento pode revelar seu efeito normativo (funcionando também como uma regra); este, apesar de tácito e implícito, pode ser socialmente aceito e amplamente compartilhado (o que lhe confere “poder”, já que estamos falando de uma convenção social/cultural).

Ao acompanhar a rotina da maternidade do hospital universitário, tive a oportunidade de observar condutas que ilustram a técnica médica enquanto o entendimento dominante, e muitas vezes normativo, em torno do qual o fazer obstétrico está organizado.

[...] por volta das 23 horas uma enfermeira entrou na sala dos plantonistas e anunciou a chegada de uma gestante: “temos uma gestante de 13 anos com bolsa rota”. A residente do primeiro ano (R1) e os internos (graduandos do último ano de medicina) saíram imediatamente. O atendimento começou com a R1 pedindo para que a menina tirasse a calcinha no banheiro e, logo em seguida, deitasse na maca. O obstetra mais experiente, que também acompanhava o atendimento, não interveio, mas perguntou se a R1 já tinha olhado os papéis da menina. A R1 disse: “depois eu olho”. O obstetra se sentou e começou a olhar os papéis, checando todo o histórico do pré-natal. Enquanto o exame físico era feito pela residente e pelos internos, o obstetra falava em voz alta o que estava lendo, para que a R1 tomasse conhecimento de informações importantes para a avaliação da paciente: “Ela tem anemia. Ela está com 35 semanas de gestação. Ela já tomou a vacina pra fechar o pulmão do bebê”. No dia seguinte, já no ambulatório onde o pré-natal é realizado, pude observar que outros obstetras considerados humanizados também começavam seu atendimento dessa forma: primeiro se conversa com a gestante, checando todo o histórico do pré-natal. Só então a paciente é examinada fisicamente. Pelo visto a residente estava perdendo a oportunidade de aprender. Lembro que na aula de humanização a que assisti, o obstetra contava aos residentes que, segundo pesquisas, um médico deixa o paciente falar por apenas 18 segundos (notas de campo, 13 de Novembro de 2016).

Ainda segundo o obstetra que acompanhava os residentes, bolsa rota com apenas 35 semanas de gestação é um forte indício de infecção, o que contraindica o toque vaginal. Ou seja, se a residente tivesse lido o prontuário da gestante antes de examiná-la (ou ao menos perguntado o tempo de gestação), ela provavelmente não teria feito o toque, já que essa mulher não estava em trabalho de parto ativo.

[...] o obstetra disse para a R1 não fazer o toque de hora em hora. Segundo ele, como a gestante não estava em trabalho de parto ativo, a dilatação não aumentaria. Após esse atendimento, ele também me explicou que o toque aumenta a chance de infecção, não sendo apenas uma causa de desconforto para gestante (o que para mim, já justifica o “não fazer”). O obstetra comentou que, segundo algumas pesquisas, ao passar grande parte do seu trabalho de parto na maternidade de um hospital, uma mulher pode ser tocada por até 17 pessoas diferentes. Além disso, segundo ele, a gestante já deveria estar com infecção, já que nenhum outro sintoma justificava a bolsa rota com apenas 35 semanas. Apesar das recomendações, ouvi a R1 dizer que ela havia

tocado a gestante, que continuava sem contração e com a mesma dilatação de 4 cm [...]. Por fim, achei intrigante o fato de o obstetra mais experiente não intervir de fato na conduta da residente, não questionando sua “autoridade médica” diante da paciente (notas de campo, 14 de Novembro de 2016).

Vale ressaltar que a residente simplesmente seguiu um dos procedimentos padronizados que havia aprendido durante sua formação: tocar a paciente de hora em hora, para assim acompanhar a evolução do trabalho de parto (apesar de esse procedimento ainda ser ensinado em muitos cursos de medicina, a recomendação da OMS (WHO, 2018) é de que o toque seja feito somente a cada 4 horas). Dessa forma, mesmo ainda no primeiro ano da residência, alguns estudantes demonstravam-se relutantes em absorver novas diretrizes e mudar sua *performance* (mesmo quando esse novo fazer era sugerido por obstetras mais experientes), já reproduzindo claramente certos padrões de ação da medicina tecnocrática, tendo muita pressa em “colocar a mão na massa” (“*hands-on*”), abrindo mão de informações acerca do histórico da gestante que poderiam ser relevantes para a conduta médica. Ou seja, os entendimentos desses praticantes, sua maneira de compreender a medicina e o corpo feminino (atividades mentais) têm efeito normativo, funcionando como verdadeiros princípios/premissas que orientam suas ações, seu fazer médico (*performances corporais*).

Para autores como Davis-Floyd (2001, 1992), o entendimento da “medicina como técnica” ilustra a crença na superioridade da tecnologia sobre os corpos (especialmente sobre o corpo feminino), assim como nossa necessidade frustrada de controlar os processos naturais (a fisiologia do parto, por exemplo). Conforme destaca Schatzki (2002, 2005), ao serem incorporados pelos praticantes durante seu processo de socialização, os entendimentos se transformam em *know-how* e as regras em crenças. Por fim, é interessante notar que, pelo menos desde o início do século XX, o modelo de atenção ao parto e nascimento baseia-se nessa lógica “moderna” cartesiana, segundo a qual o homem é capaz de manusear, manipular, controlar e subordinar toda a natureza (o que inclui os corpos) (Davis-Floyd, 1992, 2001).

4.2.1.1. O corpo

Nos Estudos Organizacionais o corpo é predominantemente entendido como um “corpo-objeto” (Flores-Pereira, 2010), um “corpo paciente” (no caso das práticas obstétricas). Dessa forma, o corpo é apenas mais um artefato material que uma pessoa detém, estando o sujeito dividido entre corpo e mente. Sob esse ponto de vista, o corpo é comumente representado de forma instrumental, enquanto um objeto/instrumento que serve às pessoas – que não são um corpo, e sim uma mente. É a base filosófica cartesiana que sustenta a percepção moderna do homem enquanto um ser capaz de manusear, manipular, controlar e subordinar toda a natureza (o que inclui inclusive os corpos) (Henriques, 2014). Foi essa a base filosófica que influenciou nossa sociedade, nossa forma de fazer ciência e, até mesmo, muitas das práticas médicas/obstétricas que ainda hoje se mantêm e estão em vigor (Davis-Floyd, 2001, 1992).

Muitas vezes é o entendimento da medicina enquanto uma técnica que leva os praticantes a considerarem a gestação como um “problema” que deve ser solucionado o mais rápido possível; já que a mulher não seria capaz de dar à luz em segurança sem intervenções médicas. Além disso, intervenções, mesmo que clinicamente desnecessárias, podem e devem ser feitas, já que o objetivo é controlar o processo, tornando-o o mais previsível possível (Davis-Floyd & John, 1998; Georges & Davis-Floyd, 2016). Logo, o corpo da mulher é objetivado (o objeto do trabalho médico), sendo considerado um corpo desprovido da capacidade, da agência de parir; e o parto é tido como um evento médico-hospitalar. Dessa forma, a agência é transferida da mulher para o obstetra, sendo comum o dito “Dr. fulano fez o parto”, como se o médico, e não a mulher, tivesse parido. Ou seja, a “referência”, a “pertinência primeira” (Heidegger, 2005), o “para que serve” do corpo da mulher, enquanto um arranjo material que compõe a prática obstétrica, se revela da seguinte forma: o corpo feminino serve/é capaz de gestar, mas incapaz de dar à luz.

Por outro lado, o corpo da mulher também pode ser entendido enquanto um corpo que é capaz de parir, sendo, assim, um “corpo agente”, dotado de poder agência, o poder de dar à luz. Tal entendimento contribui para a mudança das práticas obstétricas, para a percepção de que o parto é um evento natural e fisiológico (e não um evento médico); um acontecimento que deve ser assistido com respeito, e não

controlado por meio de intervenções médicas, muitas vezes desnecessárias. É o entendimento do corpo feminino enquanto um “corpo agente” que motiva os praticantes (gestantes, pais, obstetras, e doulas, por exemplo) a realizarem esforços em prol da mudança das práticas obstétricas.

Diferentes maneiras de “ver o mundo” implicam em distintas *performances* corporais (ditos e feitos) dos praticantes diante de eventos e circunstâncias. Por exemplo: apesar de o dito “Dr. fulano fez o parto” ainda ser muito comum, durante um encontro sobre humanização do parto tive a oportunidade de presenciar a seguinte cena:

[...] Quando a plateia pode participar do debate, um estudante perguntou a um dos obstetras que compunha a mesa desde quando ele “fazia partos humanizados”. Ao responder à pergunta, esse obstetra foi categórico: “antes de mais nada, quem faz o parto é a mulher, eu apenas presto assistência! Me desculpa, mas a gente precisa devolver o parto pras mulheres, o protagonismo tem que ser delas”. O estudante ficou sem graça e o obstetra foi muito aplaudido [...] (notas de campo, 07 de abril de 2018).

Dessa forma, um simples dito evidencia claramente todo o esforço que há por trás do processo de mudança, de “dissolução-emergência” de práticas. Conforme já mencionado, é justamente por isso que, nesta pesquisa, o uso da expressão “práticas obstétricas” (e não “práticas médicas”) é intencional. Afinal, considero que as “práticas obstétricas” estão para além do fazer médico, englobando tanto procedimentos técnicos (como os exames de pré-natal e a cesárea), quanto práticas relativamente novas e mais humanizadas e não necessariamente médicas (a busca por informações baseadas em evidências; o suporte da doula durante o parto; a presença do acompanhante e, especialmente, o parto propriamente dito).

Vale ressaltar que a organização das práticas (o que inclui a finalidade dos corpos) é situacional, contextual. Afinal, a prática é situada no tempo e no espaço, em um contexto histórico-social que lhe confere inteligibilidade. No contexto das áreas urbanas, por exemplo, o parto foi hospitalizado na segunda metade do século XX, sendo o modelo médico-hospitalar o modelo contemporâneo majoritário de atenção ao parto e nascimento. Ou seja, o que para muitos é tido como algo “natural” (sendo “óbvio” que um parto precisa necessariamente ser assistido por uma equipe médica) foi na verdade naturalizado e reproduzido, sendo fruto desse contexto histórico-social

– o que não acontece no contexto europeu, por exemplo, onde o fazer obstétrico é performed de maneira diferente, já que enfermeiras obstétricas (*midwives*) costumam acompanhar gestantes e parturientes de risco habitual e partos também costumam acontecer em casas de parto ou até mesmo nos domicílios (notas de campo, 20 de setembro de 2016).

Por fim, é interessante notar que muitos procedimentos e intervenções médicas podem sim salvar vidas, dando suporte à parturiente e ao bebê durante o trabalho de parto e o parto (esse é o caso da cesárea com indicação clínica, por exemplo!). Todavia, o uso rotineiro (sem necessidade clínica, mas por mero padrão e reprodução/manutenção de uma forma de assistência) de muitos desses procedimentos pode causar sofrimento à parturiente e ao bebê, que podem ter sequelas no pós-parto e/ou ao longo de suas vidas. Por exemplo: uma episiotomia¹⁸; pode acarretar disfunções sexuais e excretoras, assim como o uso do fórceps pode causar danos na musculatura facial e/ou do braço do bebê. Nesses casos, o uso desses procedimentos é considerado violência obstétrica (OMS, 2014; Brasil, 2010).



Figura 7. Bebê com dano facial e no braço

¹⁸ Incisão intencionalmente efetuada pelo obstetra na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal do parto. Quando feita sem indicação clínica e/ou sem o consentimento da mulher, a episiotomia é considerada violência obstétrica e mutilação genital (podendo acarretar disfunções sexuais e excretoras) (WHO, 2016).

Fonte: Morais, R. (2016). *Bebê tem braço fraturado no parto no DF, e pai denuncia 'violência médica'*. G1-DF. Recuperado em 01 fevereiro, de 2019, de <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2016/05/bebe-tem-braco-fraturado-no-parto-no-df-e-pai-denuncia-violencia-medica.html>

4.2.1.2. A violência obstétrica

Já na minha primeira observação, durante uma audiência pública sobre assistência ao parto e violência obstétrica, pude presenciar ditos que revelavam determinado entendimento do corpo feminino.

[...] durante a fala de algumas ativistas, de promotores públicos e de defensores dos direitos humanos e da mulher ficou claro que, atualmente, a episiotomia não é indicada como procedimento de rotina pelo Ministério da Saúde ou pela OMS. Todavia, apesar das falas anteriores, um dos obstetras que representava o CRM-ES e compunha a mesa rebateu, tentando explicar (com uma cartolina e uma tesoura) a diferença entre episiotomia e laceração¹⁹. Ele rasgou bruscamente um pedaço da cartolina, para, logo em seguida, cortar com a tesoura a parte que sobrou. Segundo ele “é muito mais fácil pro médico suturar um corte feito com bisturi do que uma laceração”. Percebi que muitas pessoas ficaram estarecidas com essa demonstração “didática” do obstetra. Quando a plateia pode participar do debate, uma outra ativista, que estava com uma folha em mãos, rasgou o papel e afirmou: “o corpo é meu, a vagina é minha! Se rasgar, o que nem sempre acontece quando o tempo e a fisiologia do trabalho de parto é respeitado, vocês que aprendam a suturar... não sou eu quem tenho que me adaptar ao médico, isso é violência obstétrica, o parto é meu!” [...] (notas de campo, 23 de agosto de 2016).

A fala desse obstetra ilustra claramente o entendimento de que o parto se tornou um evento médico-hospitalar, sendo o corpo feminino tido como um arranjo material. O objetivo da episiotomia seria facilitar o trabalho técnico do obstetra, que prefere suturar um corte feito com bisturi do que uma laceração natural, fisiológica. Dessa

¹⁹ Rompimento orgânico, ou seja, não intencional, da pele, da mucosa vaginal e até mesmo dos músculos perineais durante a passagem do bebê no parto vaginal. Por respeitar o desenho natural dos tecidos sua recuperação é mais rápida do que a de uma episiotomia. Além disso, a laceração não ocorre em todos os partos vaginais (WHO, 2016).

forma, o médico torna-se o centro do processo de atenção ao parto. Ele é o agente, é ele quem faz o parto. A mulher é mero corpo, não sendo reconhecida enquanto parturiente. Consequentemente, o corpo feminino é objetivado, sendo um “corpo paciente”, desprovido de poder de agência, incapaz de parir.

Além disso, para muitos obstetras, a episiotomia de rotina é entendida como uma forma de se “proteger” o períneo, já que o parto natural acarretaria necessariamente laceração (já que os corpos femininos não seriam capazes de parir sem nenhum “efeito colateral”, “necessitando” de alguma intervenção médica). Todavia, estudos científicos (Amorim *et al.*, 2017; Amorim *et al.*, 2015) já evidenciaram que quando a fisiologia do parto é respeitada (quando a mulher é estimulada a ficar em posições mais verticalizadas e o tempo do trabalho de parto é respeitado), o índice de laceração é baixo. Além disso, ainda que a laceração ocorra, ela costuma ser muito pequena. Segundo ensaios clínicos randomizados conduzidos pela renomada obstetra e pesquisadora Melânia Amorim, da UFCG, menos de 10% das mulheres precisam de sutura (Ver Amorim *et al.*, 2015). Por outro lado, uma episiotomia é, por definição, uma laceração de segundo grau que além de precisar de sutura, também atinge a musculatura do períneo; ocasionando dor no pós-parto, necessidade de analgésicos e dificuldade na retomada da vida sexual da mulher (além de possíveis disfunções sexuais e excretoras).

A episiotomia (assim como o uso de outros procedimentos ou até mesmo o parto instrumental, com uso do fórceps, por exemplo), pode ser considerada violência obstétrica quando feita de forma rotineira, sem necessidade clínica e/ou sem o consentimento da mulher. Infelizmente, há muitos relatos de casos como esse, especialmente em hospitais-escola.

[...] antes de a audiência começar, ativistas, promotores e defensores de direitos humanos/da mulher conversavam, ressaltando que a violência obstétrica ainda era muito comum, cotidiana e corriqueira[...]. Entrei no papo e contei que um conhecido tinha um dos braços mais curto por conta do uso do fórceps (parto instrumental); disse também que, segundo os relatos que ouvi, sua mãe tinha sido praticamente violentada durante o parto. Uma ativista (que também é doula) comentou que o fórceps até pode ter indicação, mas que isso é raro; e que eu podia tirar o “praticamente” da minha frase (notas de campo, 23 de agosto de 2016).

Durante minha pesquisa de campo tive a oportunidade de conversar com dezenas de mulheres, ouvindo inúmeros relatos de trabalho de parto e parto. Pude observar que muitas dessas mulheres sofreram episiotomia em seus corpos (relatado como o “pique” do parto normal), sendo esse um procedimento de rotina adotado por obstetras de muitas maternidades. Para algumas dessas mulheres, a episiotomia era entendida como um procedimento “necessário” e “imprescindível”, uma forma de o obstetra “ajudar” a parturiente a parir (aumentando o canal vaginal, ou seja, a passagem do bebê). Para Chauí (1985), essa seria uma forma de “violência perfeita”, já que a violentada muitas vezes sequer percebe o abuso sofrido, não tem condições concretas e reais de recusá-lo, e/ou assume como sua a vontade do outro (aceitando a “ajuda” oferecida).

A episiotomia de rotina não é a única forma de violência obstétrica denunciada pelas ativistas, pelos defensores dos direitos humanos/da mulher e até mesmo pela OMS e pelo Ministério da Saúde. A proibição de a parturiente se movimentar durante o trabalho de parto, o parto obrigatoriamente na horizontal (com a mulher deitada numa cama/maca), a amarração das pernas da parturiente durante o expulsivo, a dieta zero, a proibição do acompanhante, o uso rotineiro do fórceps (que pode ser substituído pela extração à vácuo do bebê, não requerendo episiotomia) e a manobra de *Kristeller* (empurrar a barriga da parturiente para acelerar a saída do bebê, o que pode causar lacerações graves no períneo e até mesmo fissura anal) também são formas de violência obstétrica (notas de campo, 23 de agosto de 2016). Infelizmente, quando muitos de nós pensam em como seria um parto normal, muitos desses procedimentos acabam sendo visualizados (uma mulher sentindo muita dor, deitada e imóvel, com as pernas levantadas e abertas; obstetras sentados de frente para essa mulher e/ou empurrando sua barriga).



Figura 8. Manobra de Kristeller

Fonte: Amorim, M. (2013, fevereiro 13). Guest Post: Violência Obstétrica by Ana Cristina Duarte. *Estuda, Melania, estuda*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <http://estudamelania.blogspot.com/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by-ana.html?view=snapshot>

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud [...] se hace mención un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto—lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo [...] (OMS, 2014, p.1).

Isso ilustra a naturalização, a reprodução e a manutenção de práticas que podem resultar em violência obstétrica. Ou seja, a violência obstétrica ainda é muito comum, cotidiana e corriqueira; não sendo sequer considerada violência. Ainda assim, segundo uma pesquisa de 2010, conduzida pela Fundação Perseu Abramo (Venturi *et al.*, 2010), cerca de 25% das mulheres que já deram à luz consideram que sofreram algum tipo de violência obstétrica (notas de campo, 23 de agosto de 2016).

É importante frisar que a OMS e o Ministério da Saúde recomendam que as equipes de assistência ao parto ajudem a parturiente a encontrar posições confortáveis durante o trabalho de parto, estimulando as mulheres a darem à luz em posições mais verticalizadas (e não na horizontal, deitadas numa cama/maca, por exemplo). O simples fato de a mulher poder parir em posições verticalizadas já facilita o expulsivo, a passagem do bebê (WHO, 2018; Brasil, 2016b).

[...] Você está acostumada a ver as mulheres deitadas para o parto, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para favorecer a saída do bebê: o canal de parto fica mais curto, a abertura da vagina fica maior e a circulação de oxigênio para o bebê é melhor [...] (Brasil, 2016b).

Por fim, ainda sobre os relatos que ouvi, é possível afirmar que a violência obstétrica costuma estar por trás do medo de muitas mulheres em relação ao parto normal. Quando perguntadas do porquê do medo, muitas dessas pessoas acabavam por me contar histórias de partos vaginais violentos (experiências próprias ou de mulheres próximas), partos marcados por coação verbal e constrangimento (“na hora de fazer você gostou”, “olha a sujeira que você fez”), solidão e abandono (proibição do acompanhante durante o trabalho de parto), e/ou violência física (dieta zero, exame de toque a todo instante e por vários obstetras, episiotomia, manobra de *Kristeller*). Ou seja, devido aos inúmeros casos de violência obstétrica (que, infelizmente, também podem ser considerados uma prática obstétrica), muitas vezes, o parto “normal” acaba sendo socialmente entendido como um parto meramente vaginal; onde a fisiologia do parto e a própria parturiente não são respeitados.

4.2.1.3. O parto normal é caro, inviável?

Sendo o parto normal um evento fisiológico, sua duração pode variar de mulher para mulher, dependendo do número de partos anteriores, por exemplo. De toda forma, é possível afirmar que o expulsivo (período entre a dilatação total de 10 cm do colo do útero e o nascimento) dura cerca de 3 horas no primeiro filho, e aproximadamente 2 horas nos partos seguintes (WHO, 2018). Por conta disso, é comum a percepção de que o parto normal é caro, inviável, uma vez que cada parturiente precisaria, ao menos, de um obstetra para assisti-la durante todo esse

tempo (para “fechar a conta”, vale lembrar que uma cesárea precisa, ao menos, de dois obstetras). Todavia, por trás desse raciocínio está a premissa de que o parto é um evento médico, sendo o corpo feminino um “corpo paciente”, incapaz de parir em segurança sem a “ajuda” médica, sem intervenções médico-hospitalares.

Todavia, um parto normal de risco habitual não precisa necessariamente ser assistido todo o tempo por uma equipe médica, formada apenas por obstetras. Em países como Inglaterra e Holanda (modelo europeu), são as enfermeiras obstétricas (*midwives*) que assistem partos de risco habitual; o que corresponde a cerca de 90% - 85% das mulheres (OMS, 2015). Dessa forma, é possível que uma equipe multidisciplinar (formada por enfermeiras obstétricas, doulas e médicos obstetras) assista o parto normal, já que um parto respeitoso requer o mínimo de intervenções (o que o torna muito mais barato do que uma cesárea, que é uma cirurgia de grande porte). Isso também reduz o custo da mão de obra empregada; já que não há a necessidade de um ou até mesmo dois obstetras para cada parturiente (no modelo europeu, há obstetras de plantão, que apenas monitoram vários partos normais ao mesmo tempo, estando disponíveis em caso de alguma complicação mais grave; já que são as *midwives* que assistem o parto). É interessante notar que esse é um modelo público, considerado um dos mais eficientes do mundo.

Dessa forma, considero que os entendimentos que organizam o fazer médico têm grandes implicações nos custos hospitalares e no sistema de saúde como um todo, já que, dependendo do contexto histórico-social, uma mesma via de parto pode ser percebida como mais cara ou mais barata (o que está para além da racionalidade dos custos), sendo preterida ou preferida, desestimulada ou incentivada.

Para além das questões médicas, a OMS também se posiciona em relação aos altos custos das cesáreas clinicamente desnecessárias, “uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos” (OMS, 2015, p. 2). Ainda segundo a declaração da OMS sobre taxas de cesárea (2015, p.4):

[...] Taxas de cesárea maiores que 15% - 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal [...] A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas

ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.

Dessa forma, a redução do alto percentual de cesarianas realizadas sem motivo clínico não traz benefícios “apenas” para a saúde da parturiente e do recém-nascido, estando associada a uma redução significativa dos custos de uma maternidade. Ou seja, sendo o parto uma prática social imbricada em uma malha mais ampla, a redução do percentual de cesáreas tem implicações no fazer médico (na saúde do binômio mãe-bebê) e no fazer gestão (na redução dos custos hospitalares).

Durante esta pesquisa, por exemplo, tive a oportunidade de visitar uma maternidade municipal da Grande Vitória que mudou suas práticas organizativas e passou a adotar um modelo de assistência voltado para o parto normal humanizado, sendo uma referência. Mais tarde, também pude entrevistar o obstetra que atuava como gestor dessa maternidade e promoveu mudanças por meio de um verdadeiro “choque de gestão”, atualizando o protocolo clínico de atenção ao parto e nascimento.

Eu já era diretor da maternidade municipal quando conheci o trabalho [desse grupo de doulas]. Aí pronto, o negócio na maternidade finalmente andou! Em um mês elas [doulas] já estavam trabalhando comigo, lá dentro da maternidade. Foi incrível! Em oito meses a gente já tinha um impacto muito grande. Nós atualizamos o protocolo! Eu dizia pra eles [médicos]: “não quero mais episio [episiotomia], não tem soro com ocitocina de rotina, se tiver ocitocina vocês vão ter que justificar!”. A gente fez um protocolo todo voltado para a mulher mesmo... com analgesia não farmacológica, chuveiro de água morna, parto na vertical. O médico só como observador mesmo, atuando em caso de anormalidade. Também acabamos com toque de hora em hora, com romper bolsa. Daí, só de não intervir, a gente já reduziu em 15% a taxa de cesariana... de 60% pra 45% [...]. A gente economizou com a mudança do olhar, só de a gente permitir que o fisiológico acontecesse [...]. Só de soro nós economizamos 900 litros... isso no 1º mês do protocolo humanizado [...]. A maternidade está há anos sem uma infecção no parto normal [...]. Uma outra coisa que também me impactou muito foi a economia com transfusão de sangue. A hematologista, a médica responsável pelo banco de sangue, até me ligou: “O que tá acontecendo? A conta que era de 7, de até 8 mil, agora é de menos de mil, só 800 Reais! Vocês pararam de internar paciente?”. Eu disse que não, pelo contrário, a gente passou até a realizar

mais partos... mais partos normais, sem intervenção; o que não gasta sangue, já que as mulheres raramente têm complicações. (Entrevista Obstetra e Gestor hospitalar).

[...] Ao longo de alguns anos, todo esse esforço fez com que a taxa de cesárea da maternidade caísse de mais de 60% para cerca de 30%... sendo que, no Brasil, a taxa do SUS é de cerca de 45%. Segundo o diretor da maternidade, a redução do percentual de cesarianas reduziu os custos da maternidade como um todo; sendo que a economia não foi “só” de soro e ocitocina (itens utilizados durante um trabalho de parto com intervenções). A redução da taxa de cesárea (que é uma cirurgia de grande porte) também reduziu os gastos com material cirúrgico (com o parto em si), transfusão de sangue, remédios utilizados para tratar infecção e UTIN - UTI Neonatal (ou seja, reduziu o custo do pós-parto). Ele também ressaltou que os gastos com a UTIN caem, porque altas taxas de cesárea estão diretamente relacionadas com o nascimento de bebês prematuros (uma vez que a gestante não entra em trabalho de parto, sendo esse o indicador mais confiável de que o bebê está “pronto para nascer”) (notas de campo, 21 de março de 2017).

Dessa forma, sendo o parto no Brasil uma prática típica de organizações hospitalares como as maternidades, toda a lógica que o organiza tem grandes impactos na gestão hospitalar e no sistema de saúde como um todo, na redução dos custos hospitalares dos sistemas de saúde público e privado. É justamente por isso que defendo que o parto não é uma ação isolada, fazendo parte de uma malha de práticas que envolve práticas médicas, práticas de gestão da saúde e práticas maternas/paternas.

Por fim, entender que o parto é uma prática imbricada em um contexto mais amplo traz implicações para a formulação de políticas públicas, liberando recursos (fazer gestão) para melhorar o acesso e a qualidade da assistência ao nascimento (fazer médico), assim como a satisfação das mulheres (fazer materno).

4.2.2. O parto humanizado como demanda feminina

No início do século XX, “humanizar” a assistência ao parto significava salvaguardar a mulher da dor, sedar completamente a parturiente e utilizar instrumentos cirúrgico-obstétricos como o fórceps. Na segunda metade do século XX,

esse modelo deu lugar ao modelo contemporâneo. Nas áreas urbanas dos países industrializados ou em processo de industrialização (no Brasil, por exemplo), o parto passou a ser performado majoritariamente em organizações hospitalares. Durante o parto vaginal, as mulheres deveriam estar conscientes, mas deitadas, imobilizadas, e com suas pernas abertas e levantadas (posição que privilegia o “ângulo de visão” do obstetra). Além da extração do bebê por meio do fórceps, a episiotomia²⁰ (também usada nos partos “normais”) e a cesárea passaram a ser mais uma das tecnologias obstétricas disponíveis; o que mudou significativamente a *performance* das práticas obstétricas. De toda forma, o corpo feminino continuou sendo entendido como um arranjo material e o parto como um evento médico (Diniz, 2005; Davis-Floyd, 2001; notas de campo, 29 de setembro de 2016).

Em resposta a esse cenário, ganhou força no final da década de 1990 e início dos anos 2000 um movimento feminino/feminista em prol da mudança do desfecho das práticas obstétricas e da humanização do parto e do nascimento. No Brasil, o objetivo do movimento é reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, as intervenções médicas desnecessárias (muitas vezes entendidas como violência obstétrica) e a alta incidência de cesáreas. Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS são algumas das cidades pioneiras do movimento que, na década de 2010, se expandiu para outros centros urbanos, como Vitória/ES (cidade na qual essa pesquisa se desdobrou) (notas de campo, 29 de Setembro de 2016 e 01 de Outubro de 2018).

²⁰ Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal do parto. Quando feita sem indicação clínica e/ou sem o consentimento da mulher, a episiotomia é considerada violência obstétrica e mutilação genital (podendo acarretar disfunções sexuais e excretoras) (WHO, 2016).



Figuras 9 e 10. Manifestação nacional contra violência obstétrica (2014)

Fonte: Brum, E. (2014, abril 14). A potência de Adélir. *El País*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html

Atualmente, para o movimento, a humanização requer do profissional da saúde uma mudança no que fazer (e no que não fazer) diante da parturição. O trabalho de parto e o parto são entendidos como processos fisiológicos femininos (e não como eventos ou procedimentos médicos), e a mulher é a protagonista desses processos.

Portanto, entendo que, no contexto brasileiro, o movimento contemporâneo em prol da mudança das práticas obstétricas e da humanização do parto e do nascimento é fruto do “fazer materno”, uma demanda das mulheres; afinal, as práticas obstétricas estão imbricadas no contexto da maternidade (apesar de não ser preciso gestar ou parir para se tornar mãe e pai, como ocorre nos casos de adoção, para citar apenas um dos possíveis exemplos).

4.2.2.1. Quando o fazer materno afeta o fazer médico

Conforme mencionado, no Brasil, a formação do médico baseia-se no paradigma da medicina como técnica. O médico aprende a reparar funções, supervalorizar a tecnologia (sendo a cesárea a forma mais tecnológica e, portanto, a mais segura de parir) e seguir procedimentos padronizados, corroborando para a manutenção das práticas obstétricas. Conforme mencionado, a gestação é entendida como um “problema” que deve ser solucionado o mais rápido possível, pois a mulher não seria

capaz de parir em segurança sem intervenções médicas. O parto é um evento médico-hospitalar e intervenções médicas devem ser feitas (durante o parto normal ou por meio da cesárea). O objetivo é controlar o processo, tornando-o o mais previsível possível (Davis-Floyd & John, 1998; Georges & Davis-Floyd, 2016).

Todavia, apesar de a “medicina como técnica” ser o entendimento dominante em torno do qual o fazer obstétrico está organizado, ele não é o único. Mesmo entre os residentes, profissionais que ainda estão em formação, sendo socializados, não há um consenso absoluto em relação ao que fazer e ao que não fazer; afinal, os indivíduos incorporam e carregam consigo diferentes microversões dos elementos que organizam as práticas (regras, entendimentos e teleoafetos). Cada praticante tem histórias de vida, habilidades e atitudes distintas (Schatzki, 2002, 2012). Por exemplo: durante uma observação, chamou-nos a atenção o fato de um residente do segundo ano (R2) não concordar com os procedimentos que estavam sendo adotados pela residente do primeiro ano (R1).

[...] mais tarde, presenciei um R2 discordar dos toques em excesso: “eu não vou ficar tocando essa menina de hora em hora, ela não está tendo contração... além disso, ela é praticamente uma criança, tem 13 anos. Se eu tocar de 3 em 3 horas vou acompanhar do mesmo jeito a evolução dela, ela não está em trabalho de parto ativo. Pra que tocar de hora em hora?” [...] (notas de campo, 14 de Novembro de 2016).

Ou seja, a prática social está para além de um padrão de ação, sendo melhor compreendida por meio de seu dinamismo e movimento. Há uma variedade de ordens, lógicas e práticas, que podem se sobrepor e coexistir (Mol, 2002; Mol & Law, 2002; Schatzki, 2002, 2012).

No trecho acima, percebe-se que o residente também destacou o fato de a gestante ter apenas 13 anos. Portanto, além de esse residente ter um entendimento diferente em relação ao fazer obstétrico, ele foi “afetado” (Heidegger, 2005) pelo fazer materno, pelo fato de a gestante ser uma adolescente; o que mudou a *performance* desse praticante.

Durante outros momentos da pesquisa, pude perceber que outros profissionais também foram afetados pelo fazer materno, o que contribuiu para a mudança do seu fazer obstétrico.

[...] minha mãe teve 5 filhos, todos partos naturais. Eu cresci ouvindo histórias de parto, histórias de afeto. Hoje em dia esse conhecimento não é mais passado de geração pra geração. As pessoas não sabem como foi o seu próprio parto. Muitas mulheres só passam a se interessar por esse tema quando pensam em engravidar ou já estão grávidas. Por conta disso, apesar de a minha formação na graduação e na residência ter sido tradicional, tecnicista e centrada no médico, como acontece com a grande maioria dos estudantes de medicina, esse modelo me incomodava [...] (notas de campo, 20 de setembro de 2016).

Outro relato desse mesmo obstetra chamou a atenção: “[...] eu tive uma paciente chata, informada, que não aceitava tudo que eu falava, sempre rebatia... foi quando eu descobri que a mulher também tem desejo, preferências... enfim, ela é a protagonista do seu parto... e não eu, o médico! [...]” (notas de campo, 20 de setembro de 2016). Segundo o relato de uma doula, outros obstetras da Grande Vitória também passaram por experiências semelhantes, (des)construindo seu entendimento em relação à obstetrícia e ao corpo da mulher, assim como suas próprias práticas.

[...] conversamos sobre como surgiu a parceria entre as doulas e a maternidade [de uma das cidades da Grande Vitória]. A doula me explicou que ela assistiu uma amiga do obstetra que é diretor da maternidade, há uns 2 anos. “Na época ele estava desconstruindo a cesárea, já que ele era um obstetra que operava muito e que praticava internações de rotina. Ele ainda não tinha “mudado o *chip*”, como ele mesmo fala. Ele fez o possível para oferecer para essa amiga uma experiência positiva e próxima do que ela queria para o seu parto. Ele desconstruiu muitas práticas. Não adianta, o médico faz aquilo que ele aprendeu... Ele começou a frequentar o Simpósio internacional de assistência ao parto, que acontece todo ano em São Paulo. Ele começou a entender que dentro da maternidade ele poderia fazer muita coisa. Porque a maternidade onde ele é diretor tinha muitos casos de violência obstétrica” [...] (Entrevista Doula).

É dessa e de outras formas que o fazer materno pode impactar no fazer médico, alterando, por meio da dinâmica teleoafetiva, a lógica, os entendimentos que organizam a malha de práticas na qual o fazer obstétrico está imbricado. Novos meios e fins (novas teleoafetividades) podem ser o estopim para a reorganização de uma malha de prática. Afinal, a motivação e o propósito da ação foram alterados. É dessa

forma que novos entendimentos e teleoafetos levam a mudanças nas *performances* corporais dos praticantes diante de novos eventos e circunstâncias. Quando novos entendimentos passam a organizar um fazer, ocorre um duplo processo de “dissolução-emergência” de práticas, a mudança lenta e gradual de uma malha de práticas e arranjos (que materializam essa realidade) (Schatzki, 2013).

Por fim, a dinâmica teleoafetiva que inicialmente levou os obstetras a “mudarem o *chip*” não significa que esses profissionais abriram mão da razão. Pelo contrário, conforme ilustra o trecho acima (“Ele começou a frequentar o Simpósio internacional de assistência ao parto”), é comum que gestantes e profissionais da saúde que se interessam pelo parto humanizado busquem evidências científicas e informações atualizadas para embasar suas escolhas e práticas, defendendo a “Medicina Baseada em Evidências”. Uma das características dos PBS é superar as várias dicotomias estabelecidas pelas Teorias Sociais Clássicas (razão Vs. emoção, por exemplo), deslocando a ênfase para as relações entre as práticas cotidianas. Os fenômenos sociais não são independentes, mas mutuamente constituídos, há uma relação recursiva e reflexiva entre eles. Assim, tais “contradições” enfatizam as conexões entre os elementos que compõem a malha de práticas, e não a dicotomia, a necessidade de se escolher entre um ou outro.

4.2.2.2. Redesenhando políticas públicas de saúde

[...] No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje; foram detectados: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS (Diniz, 2005, p. 630).

No Brasil, a demanda feminina pela mudança das práticas obstétricas e pela humanização do parto começou a repercutir nas políticas públicas somente no final da

década de 1990. Em 1994, foi inaugurada no Rio de Janeiro a maternidade “Leila Diniz”, a primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada (um arranjo que materializa o processo de mudança do fazer obstétrico). A criação do Prêmio “Galba Araújo” para maternidades humanizadas e a proposição das Casas de Parto foram outros marcos em termos de políticas públicas (Diniz, 2005). Essas iniciativas locais tiveram repercussão mais amplas. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento” e o “Programa de Humanização de Hospitais”. Todavia, o objetivo desses projetos era garantir um padrão mínimo na assistência das gestantes (número mínimo de consultas de pré-natal, principais vacinas de imunização, etc.), e não mudar a conduta intervencionista dos profissionais da saúde diante da parturição.

Somente na década de 2010, quando o movimento brasileiro em prol da humanização se expandiu, houve o lançamento de políticas públicas cujo objetivo era humanizar a assistência ao parto e ao nascimento nos termos do documento “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, da WHO (1996). A “Rede Cegonha”, lançada em 2011 (Brasil, 2011), e o “Projeto Parto Adequado”, de 2016 (Brasil, 2016a), são exemplos dessas políticas públicas.

No âmbito do sistema público de saúde, a Rede Cegonha disponibilizou investimentos para a aquisição de novos equipamentos, passou a financiar novos exames durante o trabalho de parto e estimulou a implementação de equipes horizontais (formada não apenas por médicos, mas também por enfermeiras obstetras, fisioterapeutas e fonoaudiólogas, por exemplo).

Na saúde privada suplementar, o Projeto Parto Adequado é fruto de uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal (Brasil, 2015) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reconhecendo a humanização do parto enquanto uma demanda feminina (fazer materno), assim como denúncias de violência obstétrica. O projeto foi viabilizado a partir de parceria entre a ANS, o *Institute for Healthcare Improvement (a north american not-for-profit organization)* e o Hospital Israelita Albert Einstein (um renomado hospital brasileiro), com o apoio do Ministério da Saúde. Hospitais públicos e privados podem participar do projeto. Em qualquer caso, a participação é voluntária. O projeto objetiva identificar modelos viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados em evidências científicas e/ou em experiências hospitalares efetivas, incentivando o parto normal, a mudança do

desfecho das práticas obstétricas. Outros objetivos são aprimorar os resultados da saúde hospitalar e reduzir os custos ao identificar melhores práticas.

A maternidade pública do hospital universitário em análise está inscrita nesses dois projetos. Dessa forma, durante as observações, foi possível analisar os impactos dessas práticas de gestão mais amplas no fazer gestão local da maternidade, assim como no fazer médico e no fazer materno. Portanto, não é apenas o fazer materno que afeta a malha de práticas na qual as práticas obstétricas estão imbricadas. É essa relação recursiva e reflexiva entre as práticas que possibilita a mudança do fazer obstétrico.

4.2.3. A gestão do parto no hospital universitário

O fazer gestão das práticas obstétricas da maternidade não se relaciona somente com práticas mais amplas, com a gestão do sistema brasileiro de saúde como um todo. Além de políticas públicas, como a Rede Cegonha e o Projeto Parto Adequado, também pude observar o acontecimento de práticas de gestão locais. Esses fazeres (*doing*) locais se relacionam especificamente com a gestão do parto na maternidade do hospital universitário. Afinal, as práticas sociais estão situadas no tempo e no espaço, em um dado contexto histórico, econômico e social.

4.2.3.1. A Materialidade dos Processos de Mudança

Durante esta pesquisa ouvi relatos e pude observar que os esforços de gestão em prol da mudança das práticas obstétricas e do parto humanizado na maternidade do hospital universitário ocorrem há pelo menos 15 anos; o que ilustra que, em geral, o processo de mudança é gradual e lento, também abarcando a manutenção de alguns dos elementos que compõem uma malha de práticas.

Todavia, não há na maternidade necessariamente um fazer obstétrico humanizado já estabilizado. A “caixa preta” (Callon & Latour, 1981), a lógica que organiza as práticas obstétricas está “aberta”, sendo constantemente ensinada e aprendida, desvelada e velada pela ampla gama de praticantes que performam o fazer obstétrico há anos (médicos e enfermeiras) ou há apenas alguns meses (estudantes,

que trabalham em um mesmo setor da maternidade por no máximo um ano). Conforme Nicolini (2009, p. 1406), “[...] The sense and meaning of a practice are acquired in the social process through which novices become progressively proficient practitioners [...]”.

É dessa forma que novas práticas mais humanizadas de assistência coexistem com a manutenção de práticas enraizadas, evidenciando que mudança e manutenção são faces de uma mesma moeda, fenômenos mutuamente constituídos.

Esses esforços de gestão são visíveis quando comparamos a materialidade dessa maternidade com a de outras maternidades do sistema público da região metropolitana de Vitória. Foi durante a gestão de 1999-2003 que essa materialidade começou a mudar. Foi nesse período que o local (pré-parto) onde as mulheres ficam durante seu trabalho de parto foi reformado. Ao invés de um grande *hall*, o pré-parto foi transformado em 4 salas individualizadas, com paredes e porta, o que dá privacidade visual e acústica. Parece pouco, mas na região metropolitana de Vitória há maternidades onde as mulheres compartilham um mesmo espaço físico durante seu trabalho de parto, pois há apenas cortinas separando um box do outro.

Também foi nesse período que um chuveiro quente foi instalado em um dos banheiros do pré-parto. O banho de água quente é muito usado durante o trabalho de parto, pois é uma forma simples e barata de analgesia não farmacológica. Todavia, o banheiro e o chuveiro são compartilhados. Além disso, a porta que dá acesso ao chuveiro precisa ficar aberta, pois o banheiro é pequeno e a parturiente precisa estar acompanhada durante o banho. Para que as mulheres tenham um pouco mais de privacidade, um biombo é colocado pelas enfermeiras obstetras em frente à porta que dá acesso ao chuveiro.



Figuras 101 e 12. Banheiros do pré-parto

Fonte: Registro fotográfico feito pela autora.

Novos arranjos também podem ser compreendidos como expressões materiais da mudança da lógica que organiza uma malha de práticas. Ou seja, ao mesmo tempo que a materialidade pode orientar a *performance* dos praticantes (a existência de um chuveiro de água quente, por exemplo, pode estimular o uso da analgesia não farmacológica), ela também pode sinalizar que os entendimentos que organizam essas *performances* estão em pleno processo de mudança.

É dessa forma que a materialidade tende a ter um efeito prescritivo em relação ao que fazer, orientando os entendimentos que organizam as práticas, assim como exercendo um efeito teleológico (de coocorrência entre passado, presente e futuro) sobre a *performance* desses futuros médicos obstetras.

Por volta de 2003 a maternidade também mudou outras práticas, passando a permitir que a mulher tivesse um acompanhante de sua escolha (em geral o marido ou a mãe da parturiente) durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Esse dado nos chamou a atenção, já que a lei que regulamenta o direito ao acompanhante foi sancionada pelo governo federal somente em 2005 (Brasil, 2005).



Figura 113. Sala do pré-parto e cadeira do acompanhante

Fonte: Registro fotográfico feito pela autora.

Todavia, nesse período, a entrada de qualquer acompanhante era proibida no centro cirúrgico. Ou seja, as mulheres que eram encaminhadas para a cesárea ficavam sozinhas durante a cirurgia. No pós-parto, somente outra mulher podia acompanhar a puérpera à noite, sob a justificativa de que o alojamento era compartilhado por 4 mulheres.

Somente por volta de 2014 essa realidade mudou. A maternidade passou a permitir que as mulheres também estivessem acompanhadas durante a cesárea e os homens puderam permanecer com suas esposas durante a noite. Vale ressaltar que o alojamento continuou sendo compartilhado. Ou seja, nesse caso, o que mudou foi “somente” a lógica, o entendimento que organiza a gestão do parto, e não necessariamente a estrutura física da maternidade.

Destaco também que na região metropolitana de Vitória ainda há maternidades que proíbem a entrada de acompanhante na cesárea, descumprindo a lei federal de 2005. Da mesma forma, muitas maternidades não permitem que homens durmam com a puérpera em alojamentos conjuntos, o que dificulta o estabelecimento do vínculo entre pais e filhos e a participação mais ativa dos homens nos cuidados com seus filhos.

Outra grande mudança também ocorreu em 2014: devido ao projeto Rede Cegonha, seis enfermeiras obstetras foram contratadas. Com isso, além de dois médicos obstetras e dois residentes, a maternidade passou a contar com uma

enfermeira obstetra em todo plantão (ou seja, 24 horas). Dessa forma, o modelo de assistência ao parto passou a ser multidisciplinar; incorporando novos praticantes. Em relação à gestão do parto, pude observar que as enfermeiras obstetras trabalham especificamente no pré-parto, partejando as mulheres em trabalho de parto; ou seja, performando um fazer relativamente novo no contexto brasileiro.

[...] Cabe às enfermeiras não apenas ministrar os medicamentos prescritos ou monitorar as gestantes, mas, especialmente, partejar! Como a maternidade é pequena e há apenas quatro salas de pré-parto, em geral, esse partejar pode ser feito de forma individualizada e atenta, de acordo com as necessidades e o perfil de cada mulher. Além de estimular as parturientes a comer algo leve e a beber água durante a indução do parto ou durante o trabalho de parto propriamente dito, as enfermeiras oferecem massagem e banho no chuveiro quente como técnicas não farmacológicas para o alívio das dores do parto. As parturientes (juntamente com seus acompanhantes) também realizam exercícios de agachamento, exercícios com bola de pilates e chegam a dançar suas músicas preferidas, o que estimula o trabalho de parto e ajuda a relaxar (notas de campo, 03 de Outubro de 2018).



Figuras 124 e 15. Parturiente dançando com enfermeira obstetra (alívio não farmacológico da dor)

Fonte: Registro fotográfico feito pela autora.

A *performance* dessas práticas me chamou muito a atenção, pois a realidade da assistência brasileira ao parto ainda é muito farmacológica e centrada na figura do médico. Mesmo no sistema privado de saúde, práticas de assistência não farmacológicas e centradas na mulher não são comuns. Para garantir esse tipo de assistência, muitas mulheres optam por pagar um profissional à parte (uma enfermeira obstetra ou uma doula), já que nos plantões das maternidades não há profissionais disponíveis para partejar. Aliás, contratar uma doula particular para partejar e assistir o trabalho de parto com técnicas não farmacológicas e centradas na mulher foi a alternativa encontrada por mim durante a gestação da minha filha Amanda.

Dessa forma, a inserção das enfermeiras obstetras enquanto novas praticantes do fazer obstétrico fez com que novas lógicas de trabalho e diferentes entendimentos em relação ao que fazer (e não fazer) diante da parturição passassem a organizar a malha, mudando o fazer obstétrico. Isso ocorre porque os indivíduos incorporam e carregam consigo diferentes microversões dos elementos que organizam as práticas (Schatzki, 2002, 2012); afinal, os praticantes têm histórias de vida distintas, além de terem vivenciado diferentes formas de socialização.

Também é interessante ressaltar os efeitos da gestão do parto e da nova materialidade das práticas na socialização dos estudantes; afinal, a organização em análise é um hospital-escola. Um interno ou um residente que está em processo de aprendizagem tende a entender as salas de pré-parto individualizadas, a água quente como forma de analgesia, a presença do acompanhante (seja no parto normal, na cesárea ou durante o período da noite) e o partejar das enfermeiras obstetras enquanto elementos “naturais” do fazer obstétrico, e não como “novidades estranhas”, mantendo a adoção dessas estratégias durante sua *performance*, já que esses praticantes estão sendo socializados desde já em torno dessa lógica. É dessa forma que a materialidade pode orientar a *performance* dos praticantes, exercendo um efeito teleológico (de coocorrência entre passado, presente e futuro) sobre as práticas a serem performadas na maternidade por esses futuros obstetras. Afinal, uma organização (enquanto um fenômeno social) não é somente um nexos de práticas ordenadas e de arranjos materiais, mas também um nexos recursivo de suas ações passadas, presentes e futuras (Schatzki, 2006).

Por outro lado, o fato de as enfermeiras obstetras partejarem “sozinhas” (sem a presença constante de médicos, residentes ou internos) também nos chamou a atenção. Ou seja, o que nos pareceu “estranho” foi o fato de os médicos não

partejarem (o que inclui residentes e internos, que poderiam aprender a performar essa forma de cuidado centrada na mulher). Durante as observações, notei que grande parte dos médicos ou futuros médicos ainda entende o partejar enquanto uma atividade da enfermagem e estranha essa forma de cuidado enquanto um fazer médico. Caberia ao corpo médico realizar atividades mais pontuais durante o trabalho de parto (prescrever medicamentos para induzir ou acelerar o parto, indicar e realizar exames de monitoramento fetal e de toque, por exemplo). Além dessas atividades pontuais, também caberia ao médico “fazer o parto”, ou seja, assistir a mulher durante o nascimento do bebê (como se ele e não a mulher parisse).

Durante a fase final do parto, o entendimento do partejar enquanto uma atividade da enfermagem e do parto (expulsivo) como uma atividade médica fica ainda mais evidente. Se durante todo o trabalho de parto (que pode durar horas ou até mesmo mais de um dia) a mulher é assistida majoritariamente pela enfermeira obstetra e tem sua privacidade preservada durante grande parte do tempo, o cenário muda no expulsivo. A sala de pré-parto de cerca de 10 m³ que antes era ocupada por cerca de três pessoas (a parturiente, seu acompanhante e a enfermeira obstetra) e parecia ser grande, passa a ser povoada por uma dezena de indivíduos e fica pequena (médico ginecologista e residentes da ginecologia, médico neonatologista e residentes da neonatologia, internos da ginecologia e da neonatologia, enfermeira obstetra e técnicos de enfermagem são os profissionais da saúde que costumam estar presentes durante essa etapa final do parto); o que evidencia a manutenção de práticas enraizadas no fazer médico.

Todo esse corpo médico fica em volta da parturiente, que em geral pari deitada em uma cama (o que favorece o “ângulo de visão” do médico, e não a parturição). Os ginecologistas buscam “orientar” a mulher durante o expulsivo (guiando os puxos para acelerar a fase final do parto) e recebem o bebê assim que ele nasce. Em geral, são os médicos que cortam o cordão umbilical, deixando-o pulsar por alguns minutos. Caso haja laceração (o que é comum em partos mais horizontalizados), um dos residentes sutura o períneo da mulher. Esses procedimentos evidenciam o entendimento de que a mulher não seria capaz de parir sem a técnica médica, sempre precisando de “ajuda” (que seria muito bem-vinda em caso de necessidade real, mas não como rotina). Após realizar esses procedimentos, a equipe da ginecologia deixa a sala, restando apenas os neonatologistas e a equipe de enfermagem. No parto normal, o contato pele a pele entre mãe e bebê costuma ser

realizado imediatamente após o nascimento (o que não costuma ocorrer na cesárea). Após esse contato, os neonatologistas realizam os primeiros exames no recém-nascido ainda na sala de parto (explicando os procedimentos para residentes e internos). Logo em seguida, o bebê volta para o colo da mãe e a amamentação é estimulada, sendo a mãe ajudada pela equipe de enfermagem (na cesárea, a amamentação ocorre somente após a mulher deixar a sala da cirurgia, aproximadamente depois de 1 hora de o bebê ter nascido). Depois de aproximadamente 30 minutos, a sala volta a ficar mais vazia e em silêncio (notas de campo, 22 de Outubro de 2018).

Dessa forma, é no expulsivo que o entendimento dominante da medicina como técnica volta a se materializar. A sala cheia e barulhenta (o que também acontece nas cesáreas e no parto normal e atrapalha a parturiente a se concentrar) evidencia que o parto na maternidade também é entendido enquanto um evento. Apesar de não haver intervenções como episiotomia, uso rotineiro do fórceps, manobra de *Kristeller*²¹ (consideradas formas de violência obstétrica), há intervenções médicas mais “sutis” durante o expulsivo (o estímulo ao parto verticalizado e os puxos guiados, por exemplo), o que já evidencia o “*hands on*” da medicina, assim como o fato do “evento parto” não ser um evento qualquer, mas sim um evento médico.

4.2.3.2. Viabilizando o parto para gestantes de alto risco

Conforme destacado, a maternidade do hospital é referência para gestantes de alto risco, atendendo mulheres que apresentam doenças preexistentes (como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes e tireoidopatias) e/ou que desenvolveram doenças obstétricas ou tiveram algum problema durante a gravidez em andamento (pré-eclâmpsia, eclâmpsia²², diabetes gestacional ou crescimento intrauterino reduzido do bebê, por exemplo) (notas de campo, 26 de setembro de 2016).

Dessa forma, para que os esforços em prol da mudança das práticas, da

²¹ Empurrar a barriga da parturiente para acelerar a saída do bebê, o que pode causar lacerações graves no períneo e até mesmo fissura anal.

²² A eclâmpsia e a pré-eclâmpsia são complicações graves que podem acontecer durante a gravidez, estando associadas ao descontrole da pressão arterial da gestante.

humanização do parto e da redução do percentual de cesáreas sejam efetivos é preciso compreender e levar em conta esse contexto social no qual a maternidade está imbricada. Durante nossas observações, pude notar que o uso de novas tecnologias viabilizou um novo protocolo médico, o que culminou com a elevação das taxas de parto normal e de cesáreas intraparto de gestantes com problemas como hipertensão arterial e diabetes, por exemplo; mudando o fazer obstétrico em âmbito local.

Com o projeto Rede Cegonha, a maternidade recebeu investimentos para a aquisição de novos equipamentos (arranjos materiais) como o “cardiotoco” - cardiotocógrafo (que monitora e registra a frequência cardíaca do bebê e as contrações uterinas, gerando um gráfico) e passou a realizar esse novo exame com as gestantes de alto risco (uma nova atividade do fazer obstétrico). Antes da chegada do cardiotoco, uma gestante de alto risco (ou seja, a grande maioria das mulheres que é atendida na maternidade) era levada diretamente para a cesárea, sem necessariamente ter entrado em trabalho de parto; afinal, não era possível verificar o estado de saúde do bebê (que poderia ter problemas respiratórios e complicações metabólicas como hipoglicemia, devido aos problemas de saúde da mãe) (notas de campo, 11 de Outubro de 2018).

Atualmente, entre a 37ª e a 39ª semana de gestação, a equipe médica analisa o resultado do cardiotoco para então decidir se uma gestante de alto risco deve ser levada para cesárea ou pode ter seu parto induzido (sendo esse um protocolo médico tácito, amplamente conhecido e seguido por médicos, residentes e internos da maternidade). O cardiotoco também é utilizado para monitorar a vitalidade do bebê durante a indução do parto, pois esse procedimento pode levar horas ou até mesmo mais de um dia. Caso o bebê permaneça bem, a parturiente pode continuar o processo de indução, parindo no final do processo. Caso o estado de saúde do bebê se altere, a parturiente é encaminhada para uma cesárea intraparto. Todavia, mesmo nesses casos, o trabalho de parto é benéfico, estimulando a amamentação e o funcionamento do sistema respiratório do recém-nascido, por exemplo (notas de campo, 11 de Outubro de 2018).

Portanto, nesse contexto, viabilizar o trabalho de parto e o parto das gestantes de alto risco por meio do uso de tecnologias como o cardiotoco é fazer gestão do parto, é trabalhar em prol da humanização do fazer obstétrico da maternidade; sendo dessa forma que uma nova materialidade pode mudar a *performance* das práticas. A mudança desse protocolo médico é especialmente importante quando uma gestante muito jovem e que está em sua primeira gestação tem seu parto induzido, tendo a chance de parir de forma fisiológica. Afinal, no contexto brasileiro, caso essa gestante tenha como desfecho a cesárea, a probabilidade de seus próximos partos também serem cirúrgicos é extremamente alta, o que faz com que o problema da “epidemia de cesáreas” (OMS, 2015) se arraste ao longo do tempo. Dessa forma, percebe-se, mais uma vez, o tempo teleológico das práticas, sendo os fenômenos sociais não somente um nexos de práticas ordenadas e de arranjos materiais, mas também um nexos recursivo das *performances* passadas, presentes e futuras dos praticantes (Schatzki, 2006).

4.2.3.3. O praticante como gestor

Ainda que a maternidade conte com uma estrutura de governança composta por superintendência, gerência de atenção à saúde e chefia da unidade materno-infantil, não são apenas o superintendente do hospital, a gerente de atenção à saúde e o chefe da maternidade os praticantes que performam o fazer gestão do parto.

Ao longo das observações, percebi que vários praticantes (médicos, residentes e enfermeiros) realizam atividades fundamentais para o acontecimento do fazer gestão do parto em âmbito local, atividades que vão além dos aspectos técnicos do fazer saúde. Da mesma forma, notei que alguns pacientes (gestantes e seus acompanhantes) também realizam esforços para gerenciar seu próprio parto, atuando como praticantes do fazer gestão.

Conforme mencionado, a maternidade é referência para gestantes de alto risco da cidade de vitória, sendo considerada pela população local como uma das melhores do sistema público de saúde. Essa reputação motiva gestantes de alto risco de outras cidades e gestantes de risco habitual a procurarem a maternidade para parir.

Segundo uma das médicas plantonistas da maternidade (que também trabalha no pré-natal de alto risco do hospital), quando uma gestante de alto risco de outras cidades realiza seu pré-natal no hospital, essa mulher passa a ter o direito de parir na maternidade (notas de campo, 12 de Setembro de 2018).

Além disso, ainda que uma mulher não tenha feito seu pré-natal no hospital (por não ser uma gestante de alto risco, por exemplo), há outras formas de gerenciar o parto e parir na maternidade.

Caso uma gestante de risco habitual chegue à maternidade em trabalho de parto ativo, ela será atendida, pois negar esse atendimento seria omissão de socorro. Gestantes de alto risco que não fizeram o pré-natal na maternidade e que não podem aguardar o início do trabalho de parto para buscar assistência também conseguem ser atendidas. Nesses casos, essas mulheres omitem seu endereço real, afirmando que residem na cidade de Vitória para não serem encaminhadas para outro hospital referência (notas de campo, 12 de Setembro de 2018).

A má assistência prestada por outras maternidades, assim como a localização mais afastada de outros hospitais que também são referência para gestantes de alto risco são alguns dos fatores que motivam a *performance* dessas mulheres, que simplesmente desejam ser atendidas de forma respeitosa. Isso evidencia alguns dos problemas e ineficiências do sistema de saúde público brasileiro (como a falta de transporte adequado para gestantes e parturientes que residem longe do local onde deveriam ser atendidas, seja no pré-natal ou no parto). Mais uma vez, evidencia-se que a materialidade das práticas pode orientar a *performance* dos praticantes.

Os profissionais da saúde também performam atividades do fazer gestão do parto, indo além dos aspectos técnicos do fazer médico. Essas atividades de gestão acontecem durante todo o processo de atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao pós-parto.

Durante o pré-natal, por exemplo, observei esforços de gestão por parte do corpo médico para que as gestantes de alto risco que já estavam no último trimestre de gestação pudessem ser atendidas uma vez por semana (e não uma vez por mês, conforme pactuado entre o hospital e o ministério da saúde).

Segundo um dos residentes (R1) que já acompanhou o pré-natal das gestantes de alto risco: “O horário de começar seria às 1 P.M., mas geralmente umas 11 A.M. as médicas já começam a atender, mesmo sozinhas. Assim que os residentes terminam suas atividades, também vão pra lá ajudar. Aí vai ficando mais rápido, um já vai registrando em prontuário, outro vendo os exames de pré-natal, outro examinando a paciente. Acredito que elas extrapolam o número de atendimentos por boa vontade, misturado com responsabilidade.... Difícil dizer “não” pra uma paciente de alto risco que você não conhece, ou sabe que já teve alguma intercorrência durante a gestação...” (notas de campo, 21 de Novembro de 2018).

Portanto, as médicas responsáveis pelo pré-natal de alto risco são capazes de entender a consulta de pré-natal enquanto um “processo”, uma sequência de atividades (realizar anamnese, verificar exames de pré-natal, atualizar prontuário, realizar exame clínico e prescrever tratamento). A partir desse entendimento, as médicas podem alocar a mão de obra disponível de forma mais eficiente, dividindo as tarefas que precisam ser realizadas. Dessa forma, várias atividades podem ser feitas ao mesmo tempo, já que cada residente performa uma atividade específica. É assim que médicos e residentes conseguem contornar uma ineficiência do sistema público de saúde, atendendo até 25 gestantes em apenas um período do dia (manhã ou tarde), extrapolando o número pactuado de 12 consultas.



Figura 136 e 17. Instalações onde as consultas de pré-natal são realizadas

Fonte: Registro fotográfico feito pela autora.

Durante as consultas de pré-natal outras atividades também são realizadas de forma concomitante. Enquanto as gestantes esperam seu atendimento, rodas de conversa semanais (minicursos de aproximadamente 2 horas) com nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais acontecem (sendo essa uma iniciativa própria dos profissionais da saúde que começou por volta de 2016).

Segundo uma das médicas que realiza o pré-natal de alto risco, as gestantes tinham medo de perder sua consulta por não estarem na porta do consultório, e sim na sala ao lado, recusando-se a participar das rodas de conversa. Ainda segundo a médica, esse problema foi solucionado de forma simples: ao invés de o médico chamar a gestante de dentro do consultório, um residente sai da sala de pré-natal, vai até a sala ao lado (onde as rodas acontecem) e busca a próxima mulher a ser atendida (notas de campo, 21 de Novembro de 2018).

Na região metropolitana de Vitória, é comum que doulas realizem de forma voluntária (e fora do ambiente hospitalar) rodas de conversa para gestantes, contando com a participação de obstetras e outros profissionais. Aliás, essas rodas acontecem pelo menos desde 2011, também tratando de temas diversos (fases do trabalho de parto, exercícios durante o trabalho de parto, parto propriamente dito, cuidados com o recém-nascido, etc.). Dessa forma, a realização das rodas de conversa no hospital é um exemplo de boas práticas que foram trazidas para a rede pública (afinal, profissionais da maternidade também atuam na rede particular, conhecendo e participando dessas rodas já há alguns anos) (notas de campo, 01 de Outubro de 2018).

Todavia, apesar de a adoção de práticas como essas parecer ser uma conduta óbvia, hospitais e clínicas (particulares ou públicos) não costumam realizar rodas de conversa durante o pré-natal, não aproveitando o tempo de espera das gestantes. Justamente por isso, o Projeto Parto Adequado recomenda a realização desses minicursos, sendo o maior objetivo informar gestantes e famílias em relação aos benefícios do trabalho de parto, do parto normal e da amamentação, habilitando essas pessoas a realizarem escolhas informadas e a reivindicarem um atendimento respeitoso no momento do nascimento de seus filhos.

No pré-parto, observei que são as enfermeiras obstetras que performam o fazer gestão, realizando, em conjunto com a chefia da maternidade, atividades como a

“gestão de leitos”.

Numa segunda-feira de manhã, apesar de o pré-parto estar vazio, a maternidade estava fechada por falta de leitos no pós-parto. Aliás, não havia leito nem mesmo para uma mulher que estava realizando uma cesárea. Na tentativa de resolver esse problema, a enfermeira obstetra que estava de plantão se prontificou a internar provisoriamente essa mulher no pré-parto. Afinal, algumas puérperas ganhariam alta à tarde e liberariam seus leitos, a maternidade reabriria e a mulher que estava sendo operada finalmente iria para o pós-parto. Todavia, minutos antes dessa mulher sair do centro cirúrgico, dois enfermeiros procuraram a enfermeira obstetra: “estamos precisando de um leito com oxigênio para uma puérpera que acaba de sair da UTI, ela precisa ficar em observação para então ganhar alta e ir pra casa. O problema é que o leito do pós-parto que estava reservado para ela não tem oxigênio. Podemos internar ela aqui, no lugar da paciente que está saindo da cesárea?”. A enfermeira obstetra concordou em realizar a troca. Logo em seguida, a mulher que estava na UTI chegou ao pré-parto. Assim que essa paciente foi acomodada em uma das salas PPP, o maqueiro saiu do centro cirúrgico com a mulher que acabara de realizar a cesárea. A enfermeira obstetra os encaminhou para o pós-parto, resolvendo o problema de falta de leitos (notas de campo, 03 de Dezembro de 2018).

A nota de campo acima ilustra que a gestão de leitos é uma atividade bastante dinâmica. Dessa forma, apesar de as salas PPP serem destinadas para o parto (o que engloba o trabalho de parto, o parto propriamente dito e o pós-parto imediato), há a possibilidade de as puérperas ocuparem esse espaço provisoriamente; o que evidencia que as regras que organizam as práticas têm um efeito normativo praticado e não pré-determinado.

Gerenciar os quatro leitos PPP do pré-parto (onde as parturientes ficam durante seu trabalho de parto e os partos normais acontecem) e os 16 leitos dos alojamentos conjuntos (onde as mulheres que tiveram parto normal e cesárea ficam internadas, no pós-parto imediato) é uma atividade primordial para a *performance* das práticas obstétricas na maternidade, que pode fechar momentaneamente por falta de leitos em um desses setores.

A falta de leitos na UTI neonatal é outro problema “material” que também pode fechar a maternidade (aproximadamente 10% dos bebês nascidos vivos precisam de UTI, já que o hospital atende gestantes de alto risco). Nesse caso, a equipe médica

da neonatologia é a responsável por fazer a gestão de leitos.

Durante essa pesquisa, também observei que alguns médicos plantonistas aproveitam o fato de a maternidade estar fechada não para fazer a gestão de leitos, mas para “gerenciar o fluxo” de pacientes que já haviam sido admitidos e esperam atendimento.

Ao chegar por volta das 9 A.M., pude perceber que a maternidade estava fechada. Além do aviso colado na porta de vidro, poucas mulheres esperavam atendimento na recepção. Liguei para uma das médicas que estava de plantão, pois havia combinado de acompanhá-la. Nos encontramos no *hall* da maternidade e fomos para o consultório da emergência, onde uma puérpera esperava. No caminho, a médica me contou que o pré-parto e o centro cirúrgico estavam vazios, e que a maternidade estava fechada por falta de leitos na UTI neonatal. Como um dos residentes havia examinado a puérpera anteriormente, a médica sabia que ela estava com mastite. A médica entrou no consultório, cumprimentou a mulher e pediu para examiná-la, confirmando o diagnóstico e indicando o tratamento: “Vamos drenar esse abscesso, por conta da infecção. É simples! Você vai tomar anestesia local e fazer a drenagem no centro cirúrgico. Hoje mesmo você volta pra casa, nem vai ficar internada”. Em menos de 1 hora, a puérpera foi atendida no consultório da emergência, internada, tomou banho, foi anestesiada e passou pelo procedimento de drenagem do abscesso. (notas de campo, 26 de Setembro de 2018).

Drenar o abscesso foi possível porque, apesar de a maternidade estar fechada, havia vagas no pré-parto. Além disso, o médico anestesista também estava disponível, já que nenhuma outra mulher estava sendo operada no centro cirúrgico. Todo esse contexto foi levado em conta pela médica plantonista que, antes de ocupar uma das salas do pré-parto com uma parturiente que ficaria internada ao menos por uma noite, optou por atender a mulher com mastite, já que ela ficaria na sala por poucas horas, somente até a anestesia local passar.

Ou seja, ao fechar a maternidade, os profissionais da saúde deixam de admitir novos pacientes (que, ainda na porta principal do hospital, deixavam de ser encaminhados para a maternidade), mas continuam atendendo os pacientes que já estão na maternidade. É dessa forma que alguns médicos gerenciam “problemas” típicos do processo do parto (para além do evento parto), entendendo que

maternidade fechada é sinônimo de recursos ociosos e não de recursos indisponíveis.

Também observei que muitas das atividades do fazer gestão do parto são emergentes e não deliberadas. Afinal, muitos profissionais performam o fazer gestão por terem sido “afetados” (Heidegger, 2005) pelo fazer materno, desejando assistir gestantes, parturientes e puérperas da melhor forma possível.

Mais uma vez, percebe-se que o fazer materno pode impactar o fazer médico, alterando, por meio da dinâmica teleoafetiva, a lógica, os entendimentos que organizam a *performance* dos praticantes. Novos meios e fins (novas teleoafetividades) podem ser o estopim para a reorganização de uma prática. Afinal, a motivação e o propósito da ação foram alterados. Dessa forma, a motivação do fazer gestão do parto está no passado (o fato de os profissionais terem sido afetados pelo fazer materno), a atividade em si ocorre no presente, tendo a ação sua intenção/finalidade projetada para o futuro (o desejo de assistir essas mulheres da melhor forma).

5 ANÁLISE E ARGUMENTO DE TESE: O CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ²³

Meu argumento de tese parte do pressuposto de que o parto não é apenas um evento médico, uma atividade do fazer médico. Entendo o parto como uma prática sociomaterial (o que nesta chamo de “Práticas obstétricas” ou “Fazer obstétrico”), estando essa prática sobreposta a outras, formando, assim, uma malha mais ampla. Argumento, assim, que o parto se revela como a intersecção de pelo menos três práticas: práticas médicas (“fazer médico”), práticas de gestão da saúde (“fazer gestão”) e práticas maternas/paternas (“fazer materno/paterno”). Além disso, entendo que essa malha de práticas está imbricada em um contexto econômico, histórico e social.

Conforme mencionado, as práticas médicas correspondem à assistência física e emocional prestada pelos profissionais da saúde à mulher e ao bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apesar de no Brasil o médico se apresentar como o protagonista dessa prática (daí a nomenclatura “práticas médicas”), profissionais como as enfermeiras obstetras são tecnicamente e legalmente aptas para acompanhar pré-natal e assistir o parto normal. As práticas de gestão da saúde relacionam-se com a organização do sistema de saúde, com as políticas públicas de saúde e com a forma como a gestão local das maternidades acontece. As práticas maternas/paternas dizem respeito à forma como a sociedade brasileira entende e performa a maternidade/paternidade, à gestação e ao parto propriamente dito. Diferentemente das práticas médicas e de gestão, o fazer materno é uma prática feminina, sendo majoritariamente performada por mulheres-mães.

Considerar o parto como a intersecção das práticas médicas, de gestão e maternas/paternas acima descritas significa compreender que os processos de manutenção e mudança do fazer obstétrico e do parto em si abarcam,

²³ A OMS recomenda que, logo após o nascimento, ou seja, ainda durante a primeira hora de vida, o bebê seja colocado em contato direto com a pele da mãe. Dessa forma, para recém-nascidos ativos e reativos, os procedimentos de rotina hospitalar devem ser postergados. Essa prática simples ajuda a manter a temperatura do recém-nascido, promove a amamentação e fortalece o vínculo entre a mãe e o seu bebê.

necessariamente, a manutenção e a mudança da *performance* de todas as três práticas que formam a malha; o que, por sua vez, envolve os protagonistas desses ditos e feitos (mas não apenas esses praticantes centrais). De forma correlata, a manutenção e a mudança das práticas obstétricas abarca os elementos regras, entendimentos e teleoafetos, assim como os arranjos materiais que organizam/suportam todas as práticas da malha.

Quanto à manutenção e à mudança das práticas, argumento que seu acontecimento se dá de forma interdependente, não sendo possível tratar da mudança das práticas organizativas sem se analisarem também os processos de manutenção de alguns dos elementos já existentes nessa malha de práticas; afinal, o processo de mudança das práticas implica na dissolução de determinadas atividades e arranjos, ao mesmo tempo em que outros elementos já existentes se mantém inalterados. Portanto, não se trata de considerar a mudança e a posterior estabilização das práticas e sim de levar em conta que manutenção e mudança andam juntas, são mutuamente constituídas e não acontecem apenas de forma linear ou sequencial (quando uma prática nascente se estabiliza, por exemplo). Dessa forma, argumento que faz mais sentido considerar a manutenção e a mudança das práticas enquanto um único processo de “manutenção-mudança” (com hífen!), o que enfatiza a relação recursiva desses fenômenos.

Além disso, a manutenção-mudança de uma malha abarca um duplo processo de dissolução-emergência de práticas locais e de práticas mais amplas; afinal, todas essas práticas estão sobrepostas, compartilhando regras, entendimentos e teleoafetos enquanto elementos que as organizam e arranjos materiais enquanto elementos que as suportam. De toda forma, entendo que, didaticamente, é possível analisar a manutenção-mudança de uma malha por meio do movimento de *Zooming In* e *Zooming Out* proposto por Nicolini (2009, 2013), focando a análise nas práticas locais ou nas práticas mais amplas, para posteriormente se entender o dinamismo da malha como um todo.

Quanto às práticas obstétricas locais (o fazer materno das mulheres da comunidade de práticas; o fazer gestão do parto das gestantes que procuram o hospital universitário para parir; o fazer médico e o fazer gestão da equipe de saúde local, etc.), argumento que sua manutenção-mudança pode ser entendida por meio

da articulação entre teleoafetividades e entendimentos, conforme busco evidenciar no esquema abaixo:

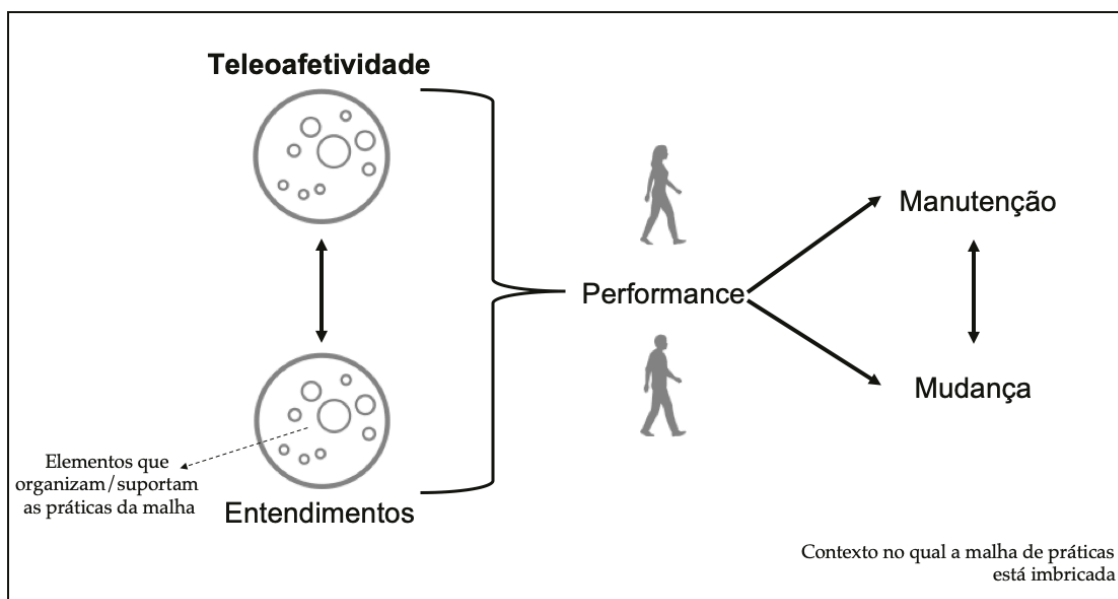


Figura 148. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas locais

Fonte: Elaborado pela autora

Como descrito nos resultados, o fazer materno afetou os praticantes (especialmente obstetras e gestores hospitalares – que também são médicos), alterando a dinâmica teleoafetiva que organiza as demais práticas da malha (fazer médico e fazer gestão). Isso, por sua vez, alterou os entendimentos práticos que orientam a *performance*, contribuindo para a mudança de alguns dos elementos das práticas obstétricas (o toque de hora em hora e o partejar das enfermeiras obstetras, por exemplo).

De toda forma, outros elementos se mantiveram constantes (sendo esse o caso do parto horizontalizado e do expulsivo enquanto um evento médico), o que evidencia o processo de manutenção-mudança das práticas, já que enquanto novos elementos/atividades emergiram, outros elementos/atividades já existentes mantiveram-se inalterados.

É interessante ressaltar que apesar da mudança de vários dos elementos do fazer obstétrico, o fenômeno “manutenção” tende a ser focalizado - até mesmo pelos sujeitos que performam as práticas maternas/paternas, médicas e de gestão, realizando esforços em prol da humanização e da mudança - como se o

acontecimento do parto tivesse uma realidade própria, independente da *performance* dos praticantes.

Por exemplo: a despeito da redução do percentual de cesárias ter sido noticiada e dessa informação ser do conhecimento dos profissionais da saúde que trabalham em prol da humanização, presenciei obstetras e doulas comentarem varias vezes que a assistência ao parto parecia não mudar, que estavam ficando cansados de “remar contra a corrente”. O interessante é que, em outras ocasiões, esses mesmos profissionais da saúde narravam com entusiasmo as mudanças que haviam ajudado a implementar em seus locais de trabalho; assim como as diferenças existentes entre as práticas que haviam aprendido durante sua formação inicial e as práticas que hoje são performadas em muitas maternidades (por eles e por outros profissionais).

Considero que a manutenção de alguns dos elementos que organizam a malha, os arranjos materiais duradouros e a mudança lenta, gradual e incremental de outros elementos do parto como prática ajudam a explicar essa “sensação de estrutura”, de inércia estrutural. Afinal, a manutenção e a mudança das práticas se desdobra de forma simultânea, em um único e recursivo processo de manutenção-mudança.

Quanto às práticas mais amplas da malha (o fazer médico como técnica e o fazer das políticas públicas de saúde, por exemplo), argumento que seu processo de manutenção-mudança pode ser entendido por meio da articulação entre a materialidade que suporta as práticas e os entendimentos que as organizam:

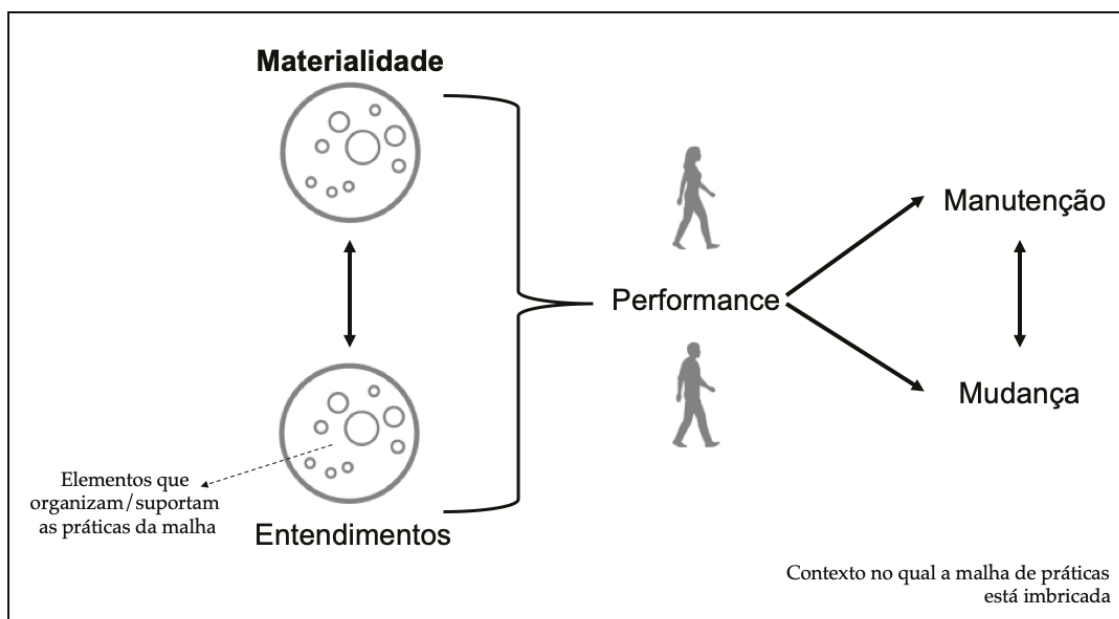


Figura 15. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas mais amplas

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme narrado, a materialidade das práticas também pode orientar e mudar a *performance* dos praticantes, especialmente quando esses são neófitos e estão em processo de socialização, aprendendo e incorporando os entendimentos que organizam as práticas. Por exemplo: Internos e residentes tendem a entender a água quente como analgesia não farmacológica, a presença do acompanhante e o partear das enfermeiras enquanto elementos “naturais” do parto. Afinal, esses praticantes estão sendo socializados desde já em torno dessa lógica, não tendo vivenciado outras formas de organização das práticas.

Ressalto que, ao financiar novos equipamentos, novos exames e a implementação de equipes horizontais, políticas públicas como a Rede Cegonha (práticas mais amplas) contribuíram para essa “nova” materialidade.

Por outro lado, uma nova materialidade não altera necessariamente o entendimento que organiza a *performance* de médicos experientes, já que esses praticantes foram socializados em um tempo passado (em torno do entendimento da medicina como técnica) e tendem a interpretar, pelo menos *a priori*, os novos arranjos como “novidades estranhas”, mantendo sua *performance*. Mais uma vez, evidencia-se o processo de manutenção-mudança das práticas, já que novos elementos/atividades emergiram e elementos/atividades já existentes mantiveram-se

inalterados.

Quanto ao dinamismo da malha como um todo, argumento que é possível integrar o processo de manutenção-mudança das práticas locais com o das práticas mais amplas:

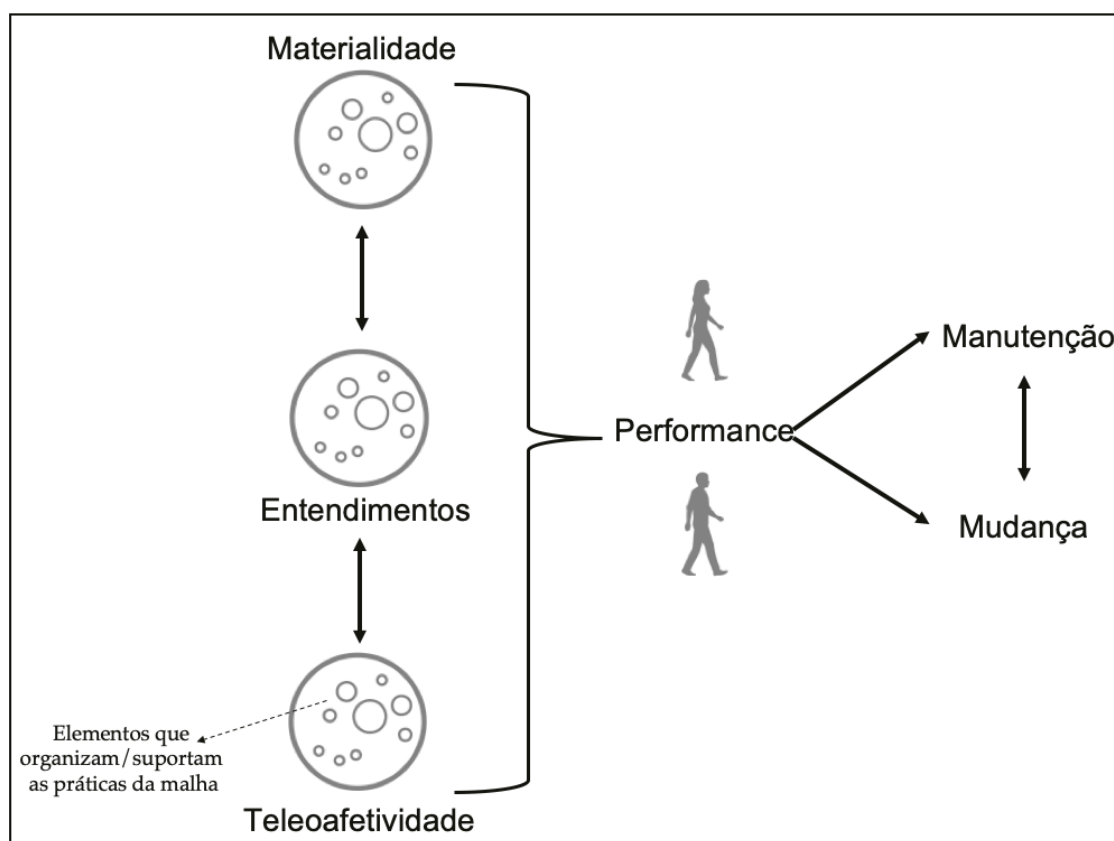


Figura 16. Dinâmica do processo de manutenção-mudança da malha de práticas

Fonte: Elaborado pela autora

Os diferentes entendimentos acerca do “corpo da mulher” (paciente, gestante ou parturiente?) ilustram a manutenção-mudança da malha de práticas, articulando materialidade, teleoafetividades e entendimentos.

Quando o corpo é compreendido pelos profissionais da saúde como o objeto do fazer médico, o corpo gestante torna-se um arranjo material, um “corpo paciente”, sendo a gravidez um problema a ser resolvido. O entendimento instrumental do corpo enquanto um objeto relaciona-se com práticas mais amplas como a “medicina como técnica”, com a naturalização e a manutenção de práticas médicas legitimadas e tidas

como certas.

Por outro lado, quando o fazer materno afeta os praticantes, alterando a dinâmica teleoafetiva que organiza as demais práticas da malha (o fazer médico, por exemplo), a mulher é compreendida enquanto gestante ou parturiente e seu corpo passa a ser um “corpo agente”. Consequentemente, a gravidez deixa de ser um problema, tornando-se um processo natural e fisiológico que deve ser respeitado, e não solucionado o mais rápido possível, o que contribui para a mudança das práticas obstétricas. Sendo esse um exemplo de como o processo de “manutenção-mudança” das práticas obstétricas acontece de forma integrada e recursiva.

É justamente por isso que, apesar dos esforços para que as práticas obstétricas mudem, o parto seja entendido como um processo fisiológico feminino e o modelo de assistência seja mais centrado na mulher; não há apenas formas humanizadas de assistência, e sim a coexistência de novas práticas com práticas há muito tempo enraizadas. Afinal, há uma variedade de lógicas e práticas que se sobrepõem, evidenciando que manutenção e mudança são faces de uma mesma moeda, fenômenos mutuamente constituídos que podem ser mais bem compreendidos enquanto um único processo de manutenção-mudança.

Logo abaixo resgato parte do quadro síntese do capítulo 2, destacando as principais diferenças entre os estudos empíricos baseados em prática em relação a esta tese.

	Estudos Baseados em Prática	Tese
Pressuposto	Acontecimento da vida social/ organizacional	Acontecimento da vida social/ organizacional
Definição de mudança	Mudança como elemento constitutivo do social	Além de entender a mudança como elemento constitutivo do social, argumento que “manutenção-mudança” é um processo único e recursivo
Nível de análise privilegiado	Reconciliação dos fenômenos “micro” e “macro” (considerando-se não apenas o indivíduo, mas também o contexto)	Além de reconciliar os fenômenos “micro” e “macro” (considerando não apenas o indivíduo, mas também o contexto), busco a reconciliação dos fenômenos “manutenção” e “mudança”
Dicotomia	Manutenção Vs. Mudança (explica-se apenas como novas práticas se estabilizam)	

Figura 17. Mudança organizacional: Diferenças entre as abordagens e contribuições desta tese

Fonte: Elaborado pela autora

Nesta tese parto do pressuposto de que a vida social/organizacional é um acontecimento, entendendo a “mudança” como um de seus elementos constitutivos, e não como um episódio pontual e extremamente difícil de acontecer.

Também busco reconciliar os elementos “micro” e “macro” como fenômenos mutuamente constituídos, sendo a mudança fruto da relação interdependente entre praticantes, práticas locais e seu contexto mais amplo.

Além disso, analiso de forma explícita e direta o acontecimento da mudança das práticas, entendendo esses fenômenos como um processo único e recursivo de “manutenção-mudança”.

Dessa forma, busco superar a aparente dicotomia dos fenômenos manutenção e mudança, que nesta tese são tidos como mutuamente constituídos. Afinal, entendo não ser possível analisar a mudança das práticas sem levar em conta o fenômeno manutenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A SAÍDA DA PLACENTA²⁴

O objetivo desta tese foi analisar como a organização do fazer obstétrico motiva os praticantes a (não) optar pelo parto humanizado, contribuindo, assim, para a manutenção e/ou a mudança das práticas obstétricas. Para tal, utilizei a ontoepistemologia da prática segundo Schatzki como lente teórica e conduzi um Estudo Baseado em Prática em uma maternidade pública, que foi o *lócus* central deste estudo.

Meu argumento de tese parte do pressuposto de que o parto não é apenas um evento médico, uma atividade do fazer médico. O parto é uma prática sociomaterial (que nesta tese chamo de “Práticas obstétricas” ou “Fazer obstétrico”) sobreposta a outras práticas de uma malha mais ampla.

Entendo que o parto se revela como a intersecção de pelo menos três práticas: práticas médicas (“fazer médico”), práticas de gestão da saúde (“fazer gestão”) e práticas maternas/paternas (“fazer materno/paterno”).

As práticas médicas correspondem à assistência física e emocional prestada pelos profissionais da saúde à mulher e ao bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apesar de no Brasil o médico se apresentar como o protagonista dessa prática (daí a nomenclatura “práticas médicas”), profissionais como as enfermeiras obstetras são tecnicamente e legalmente aptas para acompanhar pré-natal e assistir o parto normal. As práticas de gestão da saúde relacionam-se com a organização do sistema de saúde, com as políticas públicas de saúde e com a forma como a gestão local das maternidades acontece. As práticas maternas/paternas dizem respeito à forma como a sociedade brasileira entende e performa a maternidade/paternidade, à gravidez e ao parto propriamente dito.

É justamente nesse encontro das práticas obstétricas com as práticas médicas, de gestão e maternas/paternas que vemos emergir no país um movimento social crescente em prol da mudança das práticas médicas, da humanização do parto e do nascimento, sendo seus objetivos reduzir a mortalidade materna e perinatal, as

²⁴ A saída da placenta (ou dequitação) ocorre depois do nascimento do bebê, por meio de contrações bem mais leves e espaçadas. Nesse momento a amamentação pode ajudar o útero a se contrair.

intervenções médicas desnecessárias (muitas vezes entendidas como violência obstétrica) e a alta incidência de cesáreas. Dessa forma, apesar de a maioria dos nascimentos no Brasil se dar pela via cirúrgica, é crescente o número de gestantes que optam pelo parto normal.

Quanto ao acontecimento da malha de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado, ressalto que o mesmo é sustentado pelos elementos regras, entendimentos e teleoafetos (Schatzki, 2006), assim como por arranjos materiais tais como tecnologias (in)disponíveis (cesárea, equipamentos de monitoramento fetal, etc.), estrutura física das maternidades (que podem ter ou não uma UTI Neonatal, por exemplo) e até mesmo os corpos dos praticantes (sejam eles gestores públicos/hospitalares, médicos, enfermeiras obstetras, doulas, gestantes ou bebês).

No campo dos Estudos Baseados em Prática (EBP), autores como Styhre e Arman (2015), Gorli, Nicolini e Scaratti (2015), Yakhlef e Essén (2012), Gherardi e Perrotta (2011) e Nicolini (2010) analisaram não apenas algumas “práticas de saúde”, mas também a temática “mudança”. Todavia, apesar dos aspectos “micro” (práticas locais) e “macro” (contextos mais amplos) terem sido reconciliados, o foco analítico na mudança das práticas revelou uma outra (mas não nova) dicotomia: “mudança” Vs. “manutenção”. Afinal, os EBP apresentados tratam da mudança das práticas e da estabilização dessas práticas nascentes, sem analisar que o processo de mudança implica, frequentemente, na dissolução de determinadas atividades e arranjos, ao mesmo tempo em que outros elementos já existentes se mantêm inalterados (Schatzki, 2013).

Diante disso, meu **argumento de tese** é que a manutenção e a mudança das práticas constituem um único processo de “manutenção-mudança” (com hífen!); o que enfatiza a relação recursiva desses fenômenos.

Além disso, entendo que é possível analisar a manutenção-mudança de uma malha por meio do movimento de *Zooming In* e *Zooming Out*; focando a análise nas práticas locais ou nas práticas mais amplas, para posteriormente se entender o dinamismo da malha como um todo.

Quanto às práticas locais, argumento que sua manutenção-mudança pode ser entendida por meio da articulação entre teleoafetividades e entendimentos. Quanto às práticas mais amplas, argumento que seu processo de manutenção-mudança pode

ser entendido por meio da articulação entre a materialidade que suporta as práticas e os entendimentos que as organizam. Por fim, quanto ao dinamismo da malha como um todo, argumento que é por meio da articulação entre teleoafetividades, materialidade e entendimentos que o processo de manutenção-mudança das práticas locais e das práticas mais amplas acontece.

Os diferentes entendimentos acerca do “corpo da mulher” (paciente, gestante ou parturiente?) ilustram a manutenção-mudança da malha de práticas, articulando materialidade, teleoafetividades e entendimentos.

Quando o corpo é compreendido pelos profissionais da saúde como o objeto do fazer médico, o corpo gestante torna-se um arranjo material, um “corpo paciente”, sendo a gravidez um problema a ser resolvido. O entendimento instrumental do corpo enquanto um objeto relaciona-se com práticas mais amplas como a “medicina como técnica”, com a naturalização e a manutenção de práticas médicas legitimadas e tidas como certas.

Por outro lado, quando o fazer materno afeta os praticantes, alterando a dinâmica teleoafetiva que organiza as demais práticas da malha (o fazer médico, por exemplo), a mulher é compreendida enquanto gestante ou parturiente, e seu corpo passa a ser um “corpo agente”. Consequentemente, a gravidez deixa de ser um problema, tornando-se um processo natural e fisiológico que deve ser respeitado, e não solucionado o mais rápido possível; o que contribui para a mudança das práticas obstétricas, sendo esse um exemplo de como o processo de “manutenção-mudança” das práticas obstétricas acontece de forma integrada e recursiva.

É justamente por isso que, apesar dos esforços para que as práticas obstétricas mudem, o parto seja entendido como um processo fisiológico feminino e o modelo de assistência seja mais centrado na mulher; não há apenas formas humanizadas de assistência, e sim a coexistência de novas práticas com outras há muito tempo enraizadas. Afinal, há uma variedade de lógicas e práticas que se sobrepõem, evidenciando que manutenção e mudança são faces de uma mesma moeda, fenômenos mutuamente constituídos que podem ser mais bem compreendidos enquanto um único processo de manutenção-mudança.

A primeira contribuição teórica desta tese relaciona-se aos Estudos Baseados em Prática anteriormente apresentados, já que analiso de forma explícita e direta o

acontecimento da mudança das práticas.

A segunda contribuição é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo e recursivo, sendo essa a que considero a mais importante. Afinal, a análise do processo de manutenção-mudança das práticas organizativas nos ajuda a apreender o acontecimento e o dinamismo de quaisquer práticas (e não somente das práticas obstétricas)

A terceira contribuição é a superação da aparente dicotomia entre os fenômenos “manutenção” e “mudança”, uma vez que não é possível analisar a mudança das práticas sem levar em conta o fenômeno manutenção.

Além disso, assim como os Estudos Baseados em Prática anteriores, esta tese reforça o entendimento da “mudança” como um elemento constitutivo da vida organizacional/social, e não como um episódio pontual e extremamente difícil de acontecer. De forma correlata, esta tese também reconcilia os elementos “micro” e “macro”; reafirmando-os como fenômenos mutuamente constituídos, sendo a mudança fruto da relação interdependente entre práticas locais e seus contextos mais amplos.

Em termos práticos, esta tese pode contribuir na formulação de políticas públicas de saúde que ampliem a compreensão do fazer obstétrico para além da técnica médica, levando em consideração a malha de práticas na qual o parto está imbricado e o contexto histórico-social (sendo essa a segunda contribuição prática). Por exemplo: um projeto governamental cujo objeto é a redução da proporção de partos cesáreos deveria ter como público alvo não apenas médicos ginecologistas, mas também enfermeiros, gestores hospitalares, gestantes e famílias. Dessa forma, os vários praticantes da constelação de práticas na qual o fazer obstétrico está imbricado estariam sendo considerados. Por outro lado, iniciativas isoladas, como a alteração da remuneração dos honorários médicos pagos pelas operadoras (a fim de que a remuneração para o parto normal seja superior em relação à cesariana), não teriam grandes efeitos, estando centradas em apenas um dos aspectos da malha de práticas que suporta o fazer obstétrico.

Aliás, é interessante notar que a própria OMS se posiciona para além das questões médicas, demonstrando preocupação com os altos custos das cesáreas clinicamente desnecessárias, “uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que

necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos” (OMS, 2015, p. 2). Afinal, toda a lógica que organiza o fazer obstétrico tem grandes impactos na gestão hospitalar e na gestão do sistema de saúde como um todo (envolvendo o SUS e a saúde suplementar), já que a redução do alto percentual de cesarianas, assim como de procedimentos/intervenções (como episiotomia²⁵ de rotina e uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto) sem motivo clínico real, não traz benefícios “apenas” para a saúde da parturiente e do recém-nascido, estando associada a uma redução significativa dos custos de uma maternidade e, conseqüentemente, do sistema de saúde como um todo (já que cesárea é a cirurgia de grande porte mais realizada no mundo).

Além disso, a segunda contribuição prática desta tese é a análise, por meio da lente teórica das práticas, de uma questão de saúde aparentemente pontual (o parto) de forma mais ampla (o emaranhado de práticas no qual o fazer obstétrico está imbricado); ainda que outras questões de saúde possam ser igualmente analisadas, uma vez que problemas crescentes, como a obesidade infantil (citando-se apenas um exemplo), também fazem parte de uma malha de práticas, estando imbricados em um contexto social.

Uma das limitações desta pesquisa é o fato de os dados empíricos coletados estarem mais voltados para os agentes que realizam a assistência ao parto (uma vez que acompanhei majoritariamente a rotina de doulas e obstetras), assim como para gestantes que optaram pelo parto normal. Além disso, sendo as práticas situadas no tempo e no espaço, ou seja, em um dado contexto (Schatzki, 2005; 2006), saliento que a maioria dos sujeitos/praticantes que passei a seguir mais diretamente fazem parte de grupos sociais mais abastados e de alta escolaridade (podendo arcar com os custos de um obstetra particular e/ou de uma doula, por exemplo). Conseqüentemente, o fazer obstétrico aqui em análise está situado nesse contexto socioeconômico, sendo organizado em torno dessa lógica social.

²⁵ Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal do parto. Quando feita sem indicação clínica e/ou sem o consentimento da mulher, a episiotomia é considerada violência obstétrica e mutilação genital (podendo acarretar disfunções sexuais e excretoras) (WHO, 2016).

Estudos futuros poderiam explorar a centralidade do corpo nas práticas obstétricas e em outras práticas médicas e de saúde, seja como um “corpo paciente” (arranjo material) ou um “corpo agente”; afinal, sem os outros arranjos (sem os equipamentos médicos e até o hospital, por exemplo), a prática continuaria a se desdobrar (ainda que precariamente). Todavia, o mesmo não aconteceria sem os corpos, visto que são esses corpos que entram em trabalho de parto, que dão à luz e que, infelizmente, ainda sofrem violência obstétrica. Enfim, é esse o veículo que transporta as práticas obstétricas.

Finalizo esta tese citando Paulo Freire mais uma vez: “A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (Freire, 1996, p.16). Afinal, considero que uma doutora não se torna doutora pelo fato de ter defendido uma tese perante uma banca e sim por ter trilhado todo um caminho; por ter buscado responder questões que a ela são caras, por ter ensinado e certamente muito aprendido. Caminhar junto, e não meramente chegar sozinha, eis a “boniteza” da vida!

7 REFERÊNCIAS: O PUERPÉRIO²⁶

- Amorim, M. M. R., Coutinho, I. C., Melo, I., & Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*, 14(55).
- Amorim, M. M. R., Franca-Neto., A. H., Katz, L., Coutinho, I., Melo, I., & Leal, N. V (2015). Selective episiotomy compared with implementation of a nonepisiotomy protocol. *Obstetrics and Gynecology*, 125, 41S-42S.
- Bauer, M., Gaskell, G, & Allum, N. (2002). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In M.W. Bauer & G. Gaskell (Eds). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bergström, O., & Diedrich, A. (2011). Exercising social responsibility in downsizing: enrolling and mobilizing actors at a swedish high-tech company. *Organization studies*. 32(7), 897–919.
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Who statement on caesarean section rates. *Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123, 667-670.
- Betrán, A.; Ye, J.; Moller, A.; Zhang, J.; Gülmezoglu, A. M.; & Torloni, M.R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *Plos one*, 11(2). Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/>
- Blue, S., Shove, E., Carmona, C., & Kelly, M. P. (2016). Theories of practice and public health: understanding (un) healthy practices. *Critical Public Health*, 26(1), 36-50.
- Boas, F. (2004). *Antropologia cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bonneau, D., Guines, D., Frene, J., & Toplosky, J. (1995). EHD analysis, including structural inertia effects and a mass-conserving cavitation model. *Journal of Tribology*,

²⁶ Período após o parto no qual ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas nas mulheres. A mãe está se recuperando do parto e aprendendo a amamentar, assim como a família está adaptando sua rotina à chegada do bebê. Nessa fase as mulheres também podem passar pelo "baby blues" ou "depressão pós-parto".

117(3), 540-547.

Brasil. (2005). Presidência da República. *Lei do Acompanhante*. Recuperado em 01 março, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108 .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm).

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília – DF. Recuperado em 09 maio, 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Rede cegonha*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil (2016a). Agência Nacional de Saúde. *Projeto parto adequado*. Recuperado em 01 março, 2019, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiaisparapesquisa/Materiaisporassunto/webtotalpartoadequado.pdf>

Brasil (2016b). Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*. Recuperado em 02 agosto, 2018, <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>.

Brasil (2017a). *Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019 de <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>

Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Recuperado em 26 março, 2017, de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>.

Brasil. (2017c). Ministério da Saúde. *SINASC: Sistema De Informações Sobre Nascidos Vivos*. Recuperado em 21 abril, 2017, de <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/apresentacao/>.

Brum, E. (2014, abril 14). A potência de Adelar. *El País*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html.

Bruni, A., & Rizzi, C. (2013). Looking for data in diabetes healthcare: patient 2.0 and the re-engineering of clinical encounters. *Science & Technology Studies*, 26(1), 29-43.

Callon, M., & Latour, B. (1981). Unscrewing the big leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. In K. Knorr-Cetina & A. V. Cicourel (Eds). *Advances in Social Theory and Methodology*. London: Routledge And

Kegan Paul.

Carter, C., Clegg, S. R., & Kornberger, M. (2010). *Um Livro bom, pequeno e acessível sobre estratégia*. Bookman.

Cavedon, N. R. (2003). *Antropologia para administradores*. Porto Alegre: UFRGS.

Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In M. Chauí & M. C. Paoli. *SOS-Mulher. Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar. 4, 23-62.

Chia, R., & Holt, R. (2006). Strategy as practical coping: a heideggerian perspective. *Organization studies*, 27(5), 635-655.

Colombo, M. G., & Delmastro, M. (2002). The determinants of organizational change and structural inertia: technological and organizational factors. *Journal of Economics & Management Strategy*, 11(4), 595-635.

Cooper, R. (1986). Organization/Disorganization. *Social Science Information*, 25(2), 299-335.

Corbin. J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.

Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Sage.

Czarniawska, B. (2013). Organizations as obstacles to organizing. In D. Robichaud & F. Cooren (Eds). *Organization and Organizing*. Routledge.

Davis-Floyd R. (1992). *Birth as an american rite of passage*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles.

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.

Davis-Floyd, R., & John, G. S. (1998). *From doctor to healer: the transformative journey*. Rutgers University Press.

Descartes, R. (2001). *Discurso do método* (2. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Diniz, C. S. G. (2002). Que valores escolhemos nesse ritual? *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 523-527.

- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., D'orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. D. C. (2014). Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), S101-S116.
- Dreyfus, H. L. (1991). *Being-in-the-world: a commentary on Heidegger's being and time*, Division I. Mit Press.
- Feldman, M. S., & Orlikowski, W. J. (2011). Theorizing practice and practicing theory. *Organization science*, 22(5), 1240-1253.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Flores-Pereira, M. T. (2010). Corpo, pessoa e organizações. *Organizações & Sociedade*, 17(54), 417-438.
- Freire, Paulo. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2014a). *Cesárea, mitos e riscos*. Direção e produção: Bia Fioretti. Rio de Janeiro: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Publicado em 2 março. 2015. 16,39 min. Recuperado em 23 maio, 2017, de <https://www.youtube.com/watch?v=kNZQnYn7PkE>.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2014b). *Parto, da violência obstétrica às boas práticas*. Direção e produção: Bia Fioretti. Rio de Janeiro: Video Saúde Distribuidora da Fiocruz, 2014. Publicado em 2 março. 2015. 20 min. Recuperado em 23 maio, 2017, de <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk>.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2016). *Nascer no Brasil - Inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro. Recuperado em 16 agosto, 2016, de <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>.
- Georges, E., & Davis-Floyd, R. (2016). Humanistic obstetrics in Brazil. In L. Manderson, E. Cartwright & A. Hardon (Eds.). *The Routledge Handbook of Medical Anthropology*. Routledge.
- Gherardi, S., & Perrotta, M. (2011). Egg dates sperm: a tale of a practice change and

its stabilization, *Organization*, 18(5), 595-614.

Glaser, B. G., & Strauss, A. (2006). *The discovery of grounded theory: strategy for qualitative research*. New Burnswick, London: Aldine.

Gomez, M. L. (2010). A bourdieusian perspective on strategizing. In D. Golsorkhi, L. Rouleau, D. Seidl, & E. Vaara (Eds.). *Cambridge Handbook of Strategy as Practice*. Cambridge University Press, 141-154.

Gorli, M., Nicolini, D., & Scaratti, G. (2015). Reflexivity in practice: Tools and conditions for developing organizational authorship. *Human Relations*, 68(8), 1347-1375.

Guillén, M. F. (2002). Structural inertia, imitation, and foreign expansion: South Korean firms and business groups in China, 1987–1995. *Academy of Management Journal*, 45(3), 509-525.

Guimarães, C. R. (2013). Os limites da ontologia cartesiana: uma reflexão acerca da metafísica de Descartes a partir da filosofia de Heidegger. *Especiaria: Cadernos de Ciências Humanas*, 13(24), 51-61.

Hannan, M. T., & Freeman, J. (1984). Structural inertia and organizational change. *American sociological review*, 149-164.

Heidegger, M (2005). *Ser e tempo*. (Parte I. 14a Ed.). (M.S.C. Schuback, Trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Henriques, R. P. (2014). *Tecnologia, objetividade e superação da metafísica* (1. ed.). Vitória: EDUFES.

Hui, A., Schatzki, T., & Shove, E. (2017). *The nexus of practices: connections, constellations, practitioners*. Routledge.

Jarzabkowski, P. (2008). Shaping strategy as a structuration process. *Academy of Management Journal*, 51(4), 621-650.

Júlio, A. C. (2015). *Estratégia como prática na produção do desfile de uma escola de samba*. 141f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

Júlio, A. C. (2016). Produzindo o desfile de uma escola de samba: contribuições da epistemologia de Schatzki. *RIGS: Revista Interdisciplinar De Gestão Social*, 5(3), 145-161.

- Júlio, A. C. (2017). Mudança de Práticas: O Fazer Obstétrico na Grande Vitória/ES. *Teoria e Prática em Administração (TPA)*, 7(2), 128-155.
- Kelliher, C. & Parry, E. (2015). Change in healthcare: the impact on NHS managers, *Journal of Organizational Change Management*, 28(4), 591-602.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. London: Sage.
- Kronberger, M., & Clegg, S. (2011). Strategy as performative practice - the case of Sydney 2030. *Strategic Organization*, 9(2), 136-162.
- Latour, B. (1994). *Jamais Fomos Modernos*. Editora 34.
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and institutional work. In R. Clegg, C. Hardy, T.B. Lawrence & W.R. Nord (Eds.). *Handbook of Organization studies*. London: Sage.
- Kuipers, B. S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J., & Van der Voet, J. (2013). The management of change in public organizations: A literature review. *Public administration*, 92(1), 1-20.
- Malinowski, B. (1978). *Argonautas do Pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Maller, C. (2017). Epigenetics, theories of social practices and lifestyle disease. In A. Hui, T. Schatzki & E. Shove (Eds.). *The nexus of practices: connections, constellations, practitioners*. Routledge.
- Mantere, S. (2005). Strategic practices as enablers and disablers of championing activity, *Strategic Organization*, 3(2), 157-184.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annu. Rev. Anthropol*, 24, 95-117.
- Ministério da Educação (2016). Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Mol, A., & Law, J. (2002). Complexities: an introduction. In J. Law & A. Mol (Eds.). *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices, Science & Cultural Theory*. Durham, NC: Duke University Press, 1–22.

Morais, R. (2016, maio, 9). *Bebê tem braço fraturado no parto no DF, e pai denuncia 'violência médica'*. G1-DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2016/05/bebe-tem-braco-fraturado-no-parto-no-df-e-pai-denuncia-violencia-medica.html>

Nicolini, D. (2009). Zooming in and out: Studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. *Organization studies*, 30(12), 1391-1418.

Nicolini, D. (2010). Medical innovation as a process of translation: a case from the field of telemedicine. *British Journal of Management*, 21(4), 1011-1026.

Nicolini, D. (2013). *Practice theory, work, & organization: an introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Organización Mundial De La Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado em 02 agosto, 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1.

Organização Mundial Da Saúde. (2015). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Recuperado em 31 julho, 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=2390FC1C4E2D709A945C8A75891D402F?sequence=3.

Patah, L. E. M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194.

Perrotta, M. (2014). Reproductive medicine and the life sciences in the contemporary economy. a sociomaterial perspective. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*, 2(2), 46-47.

Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.

Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of organizational change: A stress and coping perspective. *Journal of applied psychology*, 91(5), 1154.

Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5(2), 243-263.

- Roberts, J. (2006). *Philosophizing the everyday revolutionary praxis and the fate of cultural theory*. London: Pluto Press.
- Rosen, M. (1991). Coming to terms with the field: understanding and doing organizational ethnography. *Journal of Management Studies*, 28(1), 1-24.
- Ryan, G. W., & Bernard, R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1), 85–109.
- Santos, L. L. S. (2014). *O Trem não pode parar: reformando uma oficina de locomotivas*. 311f. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Santos, L. L. S., & Silveira, R. A. (2015). Por uma epistemologia das práticas organizacionais: a contribuição de Theodore Schatzki. *Organizações & Sociedade*, 22(72), 79-98.
- Schatzki, T. R. (2001). Subject, body, place. *Annals of The Association of American Geographers*, 91(4), 698-702.
- Schatzki, T. R. (2002). *The site of the social: a philosophical account of the constitution of social life and change*. Pennsylvania: Pennsylvania State University.
- Schatzki, T. R. (2005). The sites of organizations. *Organization studies*. 26(3), 465-484.
- Schatzki, T. R. (2006). On organizations as they happen. *Organization studies*, 27(12), 1863-1873.
- Schatzki, T. R. (2012). A primer on practices: theory and research. In J. Higgs, R. Barnett, S. Billett, M. Hutchings & F. Trede (Eds). *Practice-Based Education: Perspectives and Strategies*. Rotterdam, The Netherlands: Sense Publishers.
- Schatzki, T. (2013). The edge of change: on the emergence, persistence, and dissolution of practices. In E. Shove & N. Spurling (Eds). *Sustainable Practices: Social Theory and Climate Change*. London, Routledge.
- Schatzki, T. (2016). Crises and adjustments in ongoing life. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 41(1), 17-33.
- Schatzki, T., Knorr-Cetina, K., & Von Savigny, E. (2001). *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.
- Scott, W. R. (1972). Field methods in the study of organizations. In: J. G. March (Ed).

Handbook of Organizations. Chicago: Rand McNally & Company.

Shaw, D. (2019) Partners and plagiarisers: dualities in consultants' influence on organisational change projects. *Journal of Organizational Change Management*, 32(1), 51-66.

Souza-Silva, J. C., & Davel, E. (2007). Da ação à colaboração reflexiva em comunidades de prática. *Revista de Administração de Empresas*, 47(3), 1-13.

Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Belmont, Ca: Wadsworth Group & Thomson Learning.

Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, New Delli: Sage.

Styhre, A., & Arman, R. (2015). The mutual constitution of legal environments and practices: A case of assisted reproductive technology. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 10(2), 153-174

Suddaby, R., & Foster, W. M. (2016). History and organizational change. *Journal of Management*, 43(1), 19-38

Tsoukas, H., & Chia, R. (2002). On organizational becoming: rethinking organizational change. *Organization Science*, 13(5), 567-582.

United Nations Children's Fund (2016). *The state of the world's children 2016: a fair chance for every child*. New York – USA. Recuperado em 21 abril, 2017, de https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf .

Universidade de São Paulo. (2016). *Curso de obstetrícia da escola de artes, ciências e humanidades: Perguntas frequentes*. São Paulo. Recuperado em 17 agosto, 2016, de <http://www.each.usp.br/obstetricia/perguntas.htm>.

Venturi, G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.). (2010). *Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Wetzel, R., & Van Gorp, L. (2013). Eighteen Shades of Grey? A Literature Review into the Theoretical Flavours of Change Research. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2013, No. 1, p. 13802). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.

Whelan-Barry, K.S., Gordon, J.R. & Hinings, C.R. (2003). Strengthening organizational

change processes: Recommendations and implications from a multilevel analysis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39,186–207.

Wiegers, T. A., Zee, J. Van Der, Kerssens, J. J., & Keirse, M. J. N. C. (1998). Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 46(11), 1505-1511.

World Health Organization. (1997). Care in normal birth: a practical guide. *Birth*, 24(2), 121-123.

World Health Organization. (2016). Maternal, newborn, child and adolescent health. Recuperado em 16 agosto, 2018, de <http://www.who.int/maternalchildadolescent/topics/maternal/en/>.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado em 02 agosto, 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

Yakhlef, A., & Essén, A. (2013). Practice innovation as bodily skills: The example of elderly home care service delivery. *Organization*, 20(6), 881-903.

Yanow, D. (2012). Organizational ethnography between toolbox and world-making. *Journal of Organizational Ethnography*, 1(1), 31-42.

Zietsma, C., & Lawrence, T. B. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: the interplay of boundary work and practice work. *Administrative Science Quarterly*, 55(2), 189–221.